

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1913-1914. — N° 41

FIÈVRE TYPHOÏDE ET PUERPÉRALITÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Décembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Paul DEBORD

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Tulle (Corrèze) le 5 Septembre 1888



LYON

ANC. IMPRIMERIE WALTENER & Cie

3, Rue Stella, 3

—
1913

Fièvre typhoïde et puerpéralité

FIÈVRE TYPHOÏDE

ET

PUERPÉRALITÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Décembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Paul DEBORD

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Tulle (Corrèze) le 5 Septembre 1888



LYON
ANC. IMPRIMERIE WALTENER & Cie
3, Rue Stella, 3

—
1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN
J. COURMONT..... ASSESEUR

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LEPINE,
PIERRET, BEAUVISAGE, LACASSAGNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD
Clinique ophtalmologique		X...
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		X...
Clinique des maladies mentales		FABRE
Clinique des maladies des enfants		ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Physique médicale		LEPINE (J.)
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL
Anatomie générale et Histologie		MOREAU
Physiologie		GUIART
Pathologie interne		TESTUT
Pathologie et Thérapeutiques générales		RENAUT
Anatomie pathologique		MORAT
Médecine opératoire		COLLET
Médecine expérimentale et comparée		LESIEUR
Médecine légale		PAVIOT
Hygiène		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique		COURMONT (P.)
Pharmacologie		ETIENNE MARTIN
		COURMONT (J.)
		PIC
		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BRETIN	ARLOING (F.)	THEVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIERY
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LESIEUR, *Président* ; M. P. COURMONT, *Assesseur* ;
MM. TAVERNIER et POLICARD, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je leur dédie ces pages, faible
gage de ma profonde affection
et de ma sincère reconnais-
sance.

A MON FRÈRE

Elève en Pharmacie du Service de Santé militaire

En témoignage de la vive amitié
qui nous unit.

A MES PARENTS, A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. LESIEUR

Professeur de Pathologie générale

Directeur du Bureau municipal d'Hygiène de Lyon

Médecin des Hôpitaux

Il nous fait le très grand honneur d'accepter la présidence de la thèse qu'il nous a inspirée. Nous le prions de vouloir bien agréer avec nos plus sincères remerciements, l'hommage de notre profond respect.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL COURMONT

Professeur de Médecine expérimentale

Médecin des Hôpitaux

Nous le remercions d'avoir bien voulu faire partie de notre jury de thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOURIQUAND

Médecin des Hôpitaux

Il nous a toujours accueilli dans son service à l'hôpital de la Croix-Rousse avec la plus grande bienveillance. Nous l'en remercions bien sincèrement et l'assurons de nos sentiments reconnaissants et dévoués.

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

COMMANDEUR ET VORON

Médecins accoucheurs des Hôpitaux

Ils ne nous ont ménagé ni leurs conseils, ni leur temps. Nous les prions de recevoir ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-MAJOR GAY-BONNET

A MES MAÎTRES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE DE PARIS ET DE LYON

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A MES CAMARADES DE PROMOTION
LES DOCTEURS BERGIS, GALAN ET POMMADÈRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Historique

L'état puerpéral considéré soit pendant la grossesse, soit pendant les suites de couches, contrairement à l'opinion émise autrefois par Rokitansky et Niemeyer, ne confère aucunement l'immunité vis-à-vis de la fièvre typhoïde.

Déjà depuis longtemps certains auteurs avaient remarqué l'action des maladies infectieuses sur les femmes enceintes, et Hippocrate, dans le cinquième livre de ses aphorismes, en montrait toute la gravité en écrivant : « *Mulierem utero gerentem capi ab aliquo morbo acuto lethale est* ».

Depuis d'ailleurs, de nombreux travaux ont été faits pour montrer les conséquences souvent fâcheuses d'une infection, en particulier celle par le bacille d'Eberth, chez une femme enceinte.

C'est ainsi qu'en 1788, Levret déclare que tous ceux qui sont appelés à soigner des femmes enceintes atteintes de fièvre continue doivent empêcher le plus possible l'avortement de se produire, car la mort en est le plus souvent la conséquence immédiate.

D'autres auteurs ne considèrent pas le pronostic aussi mauvais. Leroy, de Genève, et Petit estiment même que la fièvre typhoïde exerce une influence heureuse sur la marche de la grossesse qui donnerait même une immunité certaine contre la plupart des maladies infectieuses.

Puis, Louis, en 1829, commence à étudier surtout les effets de la fièvre typhoïde sur la femme en couches et sépare nettement cette infection des autres qu'avaient plus particulièrement étudiée les auteurs précédents.

Trousseau, dans une clinique de l'Hôtel-Dieu ayant pour sujet la description de la fièvre typhoïde, ne signale pas l'influence réciproque de cette maladie sur la grossesse.

Cazeaux, par contre, y insiste et s'occupe particulièrement de la période de la maladie où l'avortement est le plus fréquent et montre que la fièvre typhoïde peut atteindre la femme à toutes les périodes de la grossesse, avec un pronostic plus ou moins sombre suivant l'époque. C'est ainsi, dit-il, que dans les premiers mois elle provoque le plus souvent l'avortement. Guéringer, dans son traité des maladies infectieuses, dit que l'avortement a une action fâcheuse sur le pronostic de la maladie et qu'il survient de préférence dans le premier septénaire de l'affection.

Bourgeois, dans un mémoire à l'Académie de Médecine, montre que la maladie n'est pas grave dans les premiers mois de la grossesse, mais que le pronostic devient d'autant plus sérieux que le terme se rapproche davantage.

Weiss et Garimand étudient les rapports de la fièvre typhoïde et de la grossesse.

Murchison, dans son traité de la fièvre typhoïde, étudie et rejette la doctrine de l'immunité absolue en se basant sur quatorze observations qu'il publie en même temps.

Duguyot, dans sa thèse, en 1879, Güsserow, de Berlin, établissent le nombre des femmes grosses atteintes de fièvre typhoïde, la proportion des avortements et la participation du fœtus au processus morbide de la mère.

Puis, Baratte, en 1882, dans sa thèse, insiste surtout sur la pathogénie et le pronostic de l'avortement et il montre que le fœtus naît le plus souvent mort ou que s'il naît vivant il ne tarde pas à succomber.

Rousseau, également dans sa thèse en 1883, conclut que la fréquence des avortements est variable et indique comme traitement soit l'expectative dans les cas relativement bénins, soit l'avortement provoqué dans les cas très graves.

En 1884, Martinet, dans l'*Union Médicale*, donne une statistique des cas de fièvre typhoïde chez la femme et en a recueilli 16 compliquant la grossesse à n'importe quelle époque.

Puis, en 1890, Corbin, dans sa thèse, étudie spécialement le mécanisme de l'expulsion prématurée et l'état de l'enfant qui naît soit mort, soit vivant, et dans ce dernier cas reste très longtemps débile et n'est que très rarement non influencé par l'infection maternelle.

En 1896, Chantemesse et Vidal étudient particulièrement le séro-diagnostic dans la fièvre des accouchées pour pouvoir conclure entre une infection streptococcique et une infection éberthienne.

Enfin, plus récemment, des auteurs ont encore étudié les divers rapports entre la fièvre typhoïde et la grossesse. Citons parmi eux Bonnaire, Chambrelent, Charrin, de Grand'Maison et Cartier, Lepage, Mossé et Daunic, Mossé et Frenkel, Gaulard et Bué, Pinard, Baylac, Trassepont, Remy et Shwing ; à Lyon, le professeur Fabre, les professeurs agrégés Commandeur, Voron ; les professeurs J. et P. Courmont, Lesieur, et bien d'autres encore, ne donnant ici qu'une brève et incomplète énumération. Parmi les

divers traités, signalons ceux de Bouchard et Brissaud, Ribemont, Dessaignes et Lepage, Lemoine, Dieulafoy, qui déclarent que « la grossesse n'est pas incompatible avec la fièvre typhoïde, que la fréquence des avortements varie avec l'époque de la grossesse et l'intensité de la dothiéntérie et qu'enfin l'enfant succombe dans la majorité des cas, le pronostic de la mère étant moins grave. »

CHAPITRE PREMIER

Fréquence

La femme grosse, comme nous l'avons déjà dit, n'est point à l'abri de la fièvre typhoïde, contrairement à ce que pensait Rokitansky, qui estimait que la grossesse constituait un état d'immunité presque absolue contre cette affection.

En effet, de nombreuses observations sont venues démontrer que les femmes enceintes peuvent être comme les autres atteintes par la fièvre typhoïde, et cela aussi bien dans les six premiers mois que dans les trois derniers mois de la gestation.

Néanmoins, certains auteurs admettent encore aujourd'hui non plus une immunité absolue, mais tout au moins une immunité relative.

Ces auteurs, et parmi eux nous pouvons citer Güsserow, Liebermeister, Züesler, Goldtammer, Martinet, Duhaut, se basent sur des statistiques publiées par eux et d'après lesquelles, en effet, il semblerait que le pourcentage des femmes enceintes atteintes d'infection éberthienne est plutôt peu élevé.

Nous pouvons citer Züesler qui, sur 1.852 cas de fièvre typhoïde, ne trouve que 24 femmes enceintes, soit 1,3 % ; Martinet, à Lariboisière, sur 460 femmes, en compte 16 enceintes, la proportion étant par conséquent de 3,5 %. Duhaut, dans sa thèse, relate que sur 1.046 cas de fièvre

typhoïde observés par divers médecins lyonnais, 7 seulement existaient au cours d'une grossesse.

Mais à ces diverses statistiques des reproches peuvent être adressés. C'est ainsi que dans la statistique de Züesler sont compris les malades des deux sexes. Dans le chiffre établi par Goldtammer et les autres déjà cités sont comprises des jeunes filles et même des enfants, d'où une cause d'erreur. Par contre, si à ces statistiques tendant à établir l'existence d'une immunité relative, nous opposons d'autres statistiques établies d'une façon plus rigoureuse le pourcentage des femmes enceintes atteintes par le bacille d'Eberth s'élève beaucoup. Le D^r Lebon, au moment de l'épidémie de Liverdun, en 1883, donne des résultats très probants. Cette épidémie se localise surtout dans des cités ouvrières et, en particulier, dans des groupes de maisons, ce qui est une condition excellente pour juger nettement de l'immunité de la grossesse à l'égard de la fièvre typhoïde. Or, sur 430 habitants, 94 furent frappés par l'épidémie. Parmi ces derniers, il y avait 44 personnes du sexe féminin. Sur ces 44 personnes, il y avait 25 enfants au-dessous de 15 ans et 19 femmes, dont 5 étaient enceintes. Par conséquent, cela prouvait que pas plus que les autres, les femmes enceintes n'étaient susceptibles d'être épargnées.

A ce sujet, il nous faut donc conclure que la fièvre typhoïde peut exister chez la femme en état de grossesse.

En ce qui concerne l'époque de la grossesse où la fièvre typhoïde est la plus fréquente, les statistiques sembleraient indiquer une plus grande fréquence dans les six premiers mois. En effet, sur 82 cas, Sandan, dans sa thèse, en 1882, trouve 52 cas dans les six premiers mois et 30 seulement dans les trois derniers mois de la grossesse.

Dans une autre statistique publiée par Charpentier, on note 130 cas du troisième au septième mois et 90 après le sixième mois.

Sacquin, sur 18 cas constatés, en a trouvé 14 dans les six premiers mois et seulement 4 dans les trois derniers mois.

Cette plus grande fréquence dans le début de la grossesse serait expliquée par Güsserow de cette façon. D'après lui, la fièvre typhoïde est très contagieuse et se propage surtout grâce à cette propriété. Or, dans les premiers mois de la grossesse la femme vaque à ses occupations et s'expose plus facilement à l'infection qu'au moment du terme, époque à laquelle elle se retire un peu de la vie commune. De plus, à ce dernier moment, la femme se surmène beaucoup moins et offre par conséquent beaucoup plus de résistance qu'au moment du début de la grossesse.

Influence de la fièvre typhoïde sur la grossesse

La fièvre typhoïde, quand elle se déclare pendant la grossesse, détermine en général soit l'avortement, soit l'accouchement prématuré.

Diverses statistiques l'ont suffisamment prouvé et parmi elles nous pouvons en citer quelques-unes de probantes.

C'est ainsi que Brieger, sur 78 cas, constate 53 avortements, soit 68 %.

Liebermeister observe 15 avortements sur 18 grossesses compliquées de fièvre typhoïde soit 83 %.

Züesler, 14 avortements sur 24 cas, soit 58 %.

Kaminsky, 54 avortements sur 87 cas, soit 58 %.

Martinet, 66 avortements sur 109 cas, soit 60 %.

Baratte, 57 avortements sur 94 cas, soit 60 %.

Sacquin, 205 avortements sur 324 cas, soit 64 %.

Par conséquent, d'après ces chiffres, nous pouvons conclure que l'influence de la fièvre typhoïde sur la grossesse est manifeste puisque dans la proportion des deux tiers des cas, soit à peu près 60 % en moyenne, il se produit ou un avortement ou un accouchement prématuré.

En général, d'ailleurs, on a plutôt affaire à un avortement qu'à un accouchement prématuré, et cela par le fait qu'au début, au moment où l'œuf se forme, celui-ci offre une résistance beaucoup inférieure à celle qu'il opposerait plus tard. De plus, la fièvre typhoïde, avons-nous dit, dans le chapitre précédent, frappe la femme plutôt au début de la grossesse qu'au moment du terme, car à cette dernière époque la femme sortant moins s'expose moins aux risques de contagion.

L'expulsion du fœtus est d'abord sous l'influence de la plus ou moins grande gravité de la maladie.

En effet, Bourgeois, dans une statistique publiée dans les *Mémoires de l'Académie de Médecine*, en 1862, constata que sur « vingt-deux femmes atteintes de fièvre typhoïde pendant les premiers mois de la grossesse, six n'eurent guère qu'une maladie légère et n'avortèrent pas, seize furent atteintes de symptômes graves, et parmi elles douze avortèrent, les quatre autres ayant pu conserver leur fruit ». L'influence de l'âge de la grossesse se fait également sentir. L'avortement est le plus fréquent, et nous en avons donné les raisons. Quant à l'accouchement prématuré, il se produit d'autant mieux que l'on va davantage vers le terme de la grossesse. Il est, en effet, de toute évidence que la moindre indisposition amène plus facilement l'accouchement avant terme lorsque la femme est plus proche de ce terme, et cela se produira encore plus fré-

quemment que l'on sera en présence d'une grave infection comme l'est la fièvre typhoïde.

Or, comment se manifeste cet avortement ? Quels en sont les symptômes ?

A ce point de vue, l'avortement revêt suivant les cas l'un de ses deux types habituels : hémorragique ou douloureux.

Si en dehors de la grossesse une des premières manifestations symptomatiques de la dothiéntérie réside dans la métrorragie, ou « épistaxis utérine », comme l'appelle Gübler, produite par un raptus sanguin du côté de l'appareil génital, on conçoit que lorsque l'appareil vasculaire de l'utérus se trouve congestionné naturellement du fait de la présence de l'œuf, la métrorragie ait toute facilité de se produire, et cela d'autant mieux que l'œuf est relié à l'utérus par la caduque et le placenta, organes sillonnés de néovaisseaux très fragiles. L'effluxion primordiale du sang décolle l'œuf qui est expulsé par suite des contractions de la musculature de l'utérus excité par la présence de ce corps étranger.

L'avortement revêt le type douloureux dans la forme ataxique de la fièvre typhoïde ou bien dans le cas de mort du fœtus. Dans ce cas, la marche du travail se fait plus lentement et se manifeste par des douleurs, un écoulement de sang d'abord intermittent puis continu, aboutissant finalement à l'expulsion du produit de conception.

L'avortement à type hémorragique est de beaucoup le plus fréquent. La femme est prise d'une douleur vive, parfois cependant n'éprouve presque rien ; puis il se fait une forte hémorragie et parmi les caillots rejetés on retrouve l'œuf avec ses caractères plus ou moins nets.

CHAPITRE II

Pathogenie de l'interruption de la grossesse

Les théories qui ont voulu donner une explication à l'interruption de la grossesse pendant la fièvre typhoïde sont très nombreuses. Nous allons essayer de les résumer.

A. — DIARRHÉE

Certains auteurs, et parmi eux nous pouvons citer Chambon de Monteaux, font jouer dans l'avortement un rôle prépondérant à la diarrhée qui provoquerait par action réflexe des contractions utérines aboutissant dans un certain laps de temps à l'expulsion du fœtus. « Ce réflexe serait d'autant mieux favorisé que les nerfs de l'intestin sont en partie les mêmes que ceux de la matrice », comme l'écrivait, en 1785, Chambon de Monteaux dans son traité des maladies de la grossesse.

Cette théorie n'est guère soutenable, du moins dans la majorité des cas, car, d'une part, les femmes enceintes atteintes de dysenteries sont plutôt en petit nombre ; de plus, dans certaines diarrhées incoercibles chez des femmes grosses, la durée de la gestation n'a été nullement influencée. Néanmoins, il ne faudrait peut-être pas nier complètement l'influence de l'excitation de l'intestin sur l'utérus gravide.

B. — COMPLICATIONS PULMONAIRES

Grisolle pensait que les troubles pulmonaires accompagnant la fièvre typhoïde jouaient un grand rôle en agissant mécaniquement. Mais il faut surtout envisager dans ce cas les troubles de l'hématose de la mère tenant sous leur dépendance ceux du fœtus. L'enfant meurt quand la mère asphyxie.

C. — ENDOMÉTRITE HÉMORRAGIQUE

Züesler admettait qu'il existe dans la fièvre typhoïde comme élément prédisposant à l'hémorragie une endométrite déciduale infectieuse analogue à celle qu'a décrite Slavianski dans le choléra. Cette assertion est difficile à prouver tant, à l'habitude, sur l'œuf expulsé la caduque se trouve altérée soit par rétention prolongée des membranes, soit par dissociation des tissus produite par le flux sanguin.

D. — PERTURBATIONS NERVEUSES

Les troubles nerveux, existant souvent au cours de la fièvre typhoïde, retentissent parfois sur l'appareil médullaire en produisant de l'excitation qui se localisera sur le point faible de l'organisme, qui est à ce moment l'utérus, et l'avortement pourra se produire.

E. — HYPERTHERMIE

Cette thèse a été basée sur l'expérience clinique de certains auteurs qui avaient remarqué que l'avortement se produisait le plus souvent dans les maladies aiguës où la température était la plus élevée et par conséquent plus la fièvre était forte et plus l'avortement avait des chances de se produire.

Cette théorie a été surtout soutenue par Kaminsky qui releva des observations, par Max Runge qui fit des expériences sur des animaux.

Kaminsky, pendant une épidémie, put observer des femmes malades et enceintes. Il constata que l'élévation de la température chez la mère avait une répercussion très nette chez l'enfant, qui se manifestait par une accélération considérable des pulsations cardiaques accompagnées de mouvements très fréquents de l'enfant.

Plus le degré de fièvre était élevé, et plus ces phénomènes morbides s'accroissaient, et plus le danger de mort pour l'enfant était grand. C'est ainsi que vers 42° l'enfant mourait et n'était expulsé que longtemps après avoir péri. A ces observations de Kaminsky firent suite des expériences de Max Runge sur des lapines pleines. Il plaçait ces animaux dans des étuves et les laissait ainsi jusqu'à ce que leur température atteignit 41° à 42° . Ensuite, il leur faisait subir l'opération césarienne et il trouvait les petits morts dans la matrice. De ces résultats qui paraissaient, en effet, probants, il conclut que :

1° Une température maternelle supérieure à 41° est constamment mortelle pour le fœtus ;

2° Le fœtus meurt par le fait de la chaleur avant que la mère n'ait succombé ;

3° L'élévation de la température agit sur le muscle utérin en augmentant son excitabilité.

Vincent et Savidan arrivent, en 1881 et 1882, aux mêmes conclusions.

Mais Doré reprit en 1883 les expériences de Runge en ne plaçant plus alors les lapines dans de l'air surchauffé à 50° ou 60° , mais dans une étuve chauffée entre 32° et 36°

et chargée de vapeur d'eau empêchant ainsi la transpiration des animaux dont la température s'élevait ainsi progressivement à 42°. Aucune des lapines mises en expérience ne souffrit de son séjour dans l'étuve et aucune n'avorta. Les petits qu'elles firent furent bien portants et cela malgré qu'elles aient eu une fièvre expérimentale véritable avec rémission dans le temps qu'elles séjournaient hors de l'étuve.

Ces dernières expériences de Doré sont mieux en concordance avec ce qui se passe dans dothiéntérie que les expériences de Runge qui soumettait des femelles pleines à une température brusquement élevée et non prolongée.

Dans la fièvre typhoïde, en effet, la température s'élève peu à peu, se maintient quelque temps à un summum, puis redescend lentement, et les expériences de Doré faites suivant ce tableau montrent que l'hyperthermie n'a aucune influence néfaste sur la marche de la gestation.

De plus, de nombreuses observations, et nous en citons quelques-unes relevées par nous à l'hôpital de la Croix-Rousse, montrent bien que des femmes ont pu supporter des températures supérieures à 40° et néanmoins accoucher en temps normal d'un enfant bien portant.

Par conséquent, nous pouvons conclure que, certes, l'hyperthermie maternelle a une répercussion sur le fœtus, manifestée par l'accélération du cœur et l'exagération de ses mouvements, mais qu'elle ne suffit pas à elle seule pour amener soit l'avortement, soit l'accouchement prématuré.

F. — INFECTION DU FŒTUS

Sans nous arrêter à une théorie expliquant l'avortement par l'absorption de certains médicaments usités contre la

fièvre typhoïde, nous allons aborder la question de la dothiéntérie fœtale qui est maintenant reconnue comme étant la cause des accidents.

Pendant longtemps on admit que le placenta était un « filtre parfait », une barrière infranchissable aux contagés figurés et qu'il ne laissait passer non seulement les microbes, mais même leurs toxines.

Or, diverses expériences faites par Strauss et Chamberland sont venues contredire cette sorte de loi établie par Brauell et Davaine, car en inoculant la bactériémie charbonneuse à des femelles en gestation les deux auteurs prouvèrent que cette bactériémie traversait le placenta et pénétrait dans le sang fœtal.

Ces expériences répétées pour le bacille d'Eberth ont donné néanmoins des résultats moins certains.

En clinique on possède des cas où le fœtus est né d'une mère atteinte de variole pendant la grossesse et qui présentait au moment de sa naissance une éruption généralisée de pustules ombilifères.

D'autres observations ont été publiées pour le choléra et la rougeole.

Celles de la fièvre typhoïde sont moins fréquentes, mais existent cependant.

Corbin, dans sa thèse, publie des observations avec des résultats qui diffèrent les uns des autres.

C'est ainsi que parfois à l'autopsie de l'enfant on trouve de grosses lésions intestinales caractérisées par de gros follicules lymphatiques. D'autres fois, il n'y eut pas de lésions macroscopiques, mais on découvrit des bacilles dans des préparations microscopiques faites avec des matières féca-

les. Les diverses réactions du bacille d'Eberth prouvèrent qu'on était bien en présence de bacilles typhiques.

Enfin, dans d'autres cas, il ne nota aucune lésion, ni macroscopique, ni microscopique.

Neuhauss, Chantemesse et Vidal, et Eberth lui-même, citent des cas où ils eurent à faire l'autopsie de fœtus morts nés de femmes typhiques et ils aboutirent aux mêmes résultats. Ils prirent au fœtus des parcelles du poulmon, du foie, de la rate et de l'intestin et les ensemencèrent sur la gélatine. Deux jours après, ils firent des cultures de bacilles typhiques dans les tubes dans lesquels avaient été placés les échantillons de poulmon, de rate, de foie et d'intestin.

Néanmoins, ce passage du bacille dans le fœtus n'est pas constant, et pour certains auteurs, Malvoz en particulier, ce passage ne se produirait que si le placenta présentait de graves lésions caractérisées par des foyers hémorragiques. Or, Widal et Etienne ont publié chacun une observation où le bacille d'Eberth avait pénétré dans le sang du fœtus avec lequel ils avaient fait des cultures, et sans cependant avoir relevé une seule lésion dans le placenta.

Durk, dans un numéro de la *Presse Médicale* de 1896, publie une observation qui vient corroborer les faits énoncés plus haut. Nous allons la relater *in extenso*.

Il s'agit d'une femme de 20 ans enceinte de sept mois qui entre à l'hôpital avec les symptômes classiques très nets de la fièvre typhoïde. Au bout de quatre jours elle accouche d'un enfant qui succombe sept heures plus tard. A l'autopsie de l'enfant on trouve pour toute lésion un peu de liquide dans le péritoine, une tuméfaction du foie et de la rate. L'examen bactériologique du foie et de la rate à

L'Institut pathologique de Munich a montré la présence dans ces deux organes de bacilles typhiques et de staphylocoques. Ces données fournies par l'ensemencement des organes ont pu être pleinement confirmées par l'examen microscopique de la rate : les microcoques et les bacilles étaient situés dans les cellules de la pulpe splénique ; on en trouvait aussi dans les follicules : les vaisseaux n'en contenaient pas.

L'existence des lésions anatomiques au niveau du foie, de la rate et du péritoine (ascite) doit, d'après l'auteur, faire admettre que l'infection hématique, par voie placentaire, du fœtus est survenue non pas au moment de l'accouchement, mais bien longtemps avant.

Le *séro-diagnostic* a fait faire un pas de plus à la question. Néanmoins, même encore ici les résultats ont été différents et s'il est des faits positifs, il est aussi des faits négatifs.

Chambrelent cite le cas d'un enfant venu à huit mois et au premier septénaire de la maladie. Il trouva chez lui la réaction agglutinante.

Mossé et Daunic l'ont également trouvée chez un enfant venu à terme. La mère avait eu la fièvre typhoïde pendant sa grossesse.

Landouzy l'a également constatée chez un nourrisson sain dont la mère avait eu une dothiéntérie pendant la grossesse.

Nous publions aussi une observation due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Commandeur, qui trouva la réaction agglutinante chez un enfant né à terme et qui mourut vingt-quatre jours après sa naissance.

Mais à côté de ces faits positifs, nous devons citer des cas où la réaction agglutinante a été négative. G. Etienne, agrégé à la Faculté de Nancy, publie en 1896 l'observation d'une femme atteinte de fièvre typhoïde et enceinte de quatre mois et demi. La mère meurt et l'enfant est extrait de l'utérus dans un état d'intégrité parfaite. Il fit des ensemencements de tubes de gélose avec le sang du fœtus, ainsi que des fragments de foie, de rate et de méconium fœtaux. Les milieux sont restés stériles. La réaction agglutinante de Widal fut faite et fut négative. Dans une communication faite à la Société de Biologie en 1896, Charrier et Apert citent également une autopsie faite chez un fœtus mort, né d'une femme typhique. Le sang n'a pas donné de réaction agglutinante.

Comme nous le voyons par les faits relatés plus haut, il est assez difficile de donner une conclusion nette.

A côté des cas nettement positifs que nous avons cités, il en est, avons-nous dit, qui sont négatifs, par exemple celui que nous citons dans l'observation IV, où la culture du liquide prélevé dans la vésicule du fœtus et dans le parenchyme hépatique fut négative.

Néanmoins, il est un fait bien établi, c'est que l'infection éberthienne fœtale existe.

Mais en présence de ces faits négatifs et positifs, comment expliquer la mort de l'enfant ?

Si le fœtus est atteint par le bacille d'Eberth, la question est simplifiée, mais comme nous l'avons vu, le bacille ne pénètre pas toujours le fœtus. On peut alors admettre que l'agent pathogène exerce une action indirecte en empoisonnant le sang de la mère par ses produits toxiques, ces alcaloïdes décrits par le professeur Gauthier sous le

nom de ptomaïnes et qui auraient moins de difficultés que le microbe à traverser le placenta.

Influence de la fièvre typhoïde sur l'avenir de l'enfant

Qu'advient-il du fœtus quand il survit ?

Nous avons vu, en effet, que dans un certain nombre de cas la grossesse peut aller à terme et l'enfant naît vivant. Certes, même encore dans ces cas, il peut, durant la période de gestation, souffrir et manifester son malaise par l'accélération des battements du cœur, par l'exagération des mouvements généraux, mais ces troubles disparaissent peu à peu et il peut ainsi survivre.

Quand il survit, l'enfant peut ne pas présenter de tare, du moins apparente. D'autres fois, il peut rester débile, comme en cite des cas Fère, se développer mal et présenter des signes de dégénérescence mentale et physique. C'est ainsi que Corbin, dans sa thèse (Paris, 1890), cite l'observation d'une jeune fille de douze ans qui depuis ses premières paroles présente un trouble du langage. Cette malade est née pendant une fièvre typhoïde de la mère et du jour où l'on remarqua qu'elle était d'un âge assez avancé pour pouvoir comprendre ce qu'on lui disait ses parents se rendirent compte qu'elle comprenait très bien ce qu'on lui disait mais qu'elle ne pouvait y répondre que par des monosyllabes. C'est ainsi encore qu'elle pouvait très bien dire les deux syllabes du mot « gâteau », mais en faisant suivre la première syllabe d'un petit silence après lequel elle disait la seconde. De plus, elle avait une perte de mémoire des noms des choses.

Certes, les observations de ce genre sont plutôt rares. Néanmoins, d'après l'auteur, les lésions doivent être impu-

tées à une infection qu'aurait subie la malade avant sa naissance par le fait de l'imprégnation par le bacille typhique de l'organisme maternel.

Enfin, parmi les autres survivants, beaucoup sont emportés par une maladie infectieuse intercurrente qui a d'autant plus de prise que l'enfant présente un moindre degré de résistance. D'autres, et ce sont les plus rares, deviennent et restent des enfants normaux ; néanmoins, parmi ceux-là encore il faut noter une prédisposition naturelle à contracter plus tard la fièvre typhoïde (Bouchard, *Traité de Pathologie générale*).

Influence de la grossesse sur la fièvre typhoïde

Nous avons étudié dans les chapitres précédents l'influence de la fièvre typhoïde sur la grossesse, nous allons maintenant essayer de montrer si la grossesse agit sur l'évolution de la maladie infectieuse.

Les auteurs ont de tout temps reconnu qu'une infection quelle qu'elle soit était beaucoup plus dangereuse quand elle évoluait chez une femme enceinte.

Nous avons déjà cité, au début de ce travail, l'aphorisme d'Hippocrate, qui déclarait également que toute femme enceinte atteinte par une maladie infectieuse était vouée à une mort certaine.

Gardien déclarait également que toute femme grosse atteinte par une maladie contagieuse « succombait plus promptement ».

Puis parurent plus tard de nombreuses statistiques, et parmi elles nous pouvons citer celles de Grieinger, Spiegelber, Liebermeister, qui établissaient une grande proportion de décès parmi les femmes enceintes atteintes d'in-

fection éberthienne. D'après ces auteurs, en effet, la mortalité atteindrait le chiffre énorme de 40 %.

Nous devons encore mentionner les chiffres donnés et établis sur un nombre de cas plus considérable et par conséquent plus proche de la vérité. C'est ainsi que Murchison compte quatre morts sur quatorze femmes enceintes atteintes de dothiémentérie ; Brieger a eu seize morts sur cinquante-neuf malades ; Martinet n'a obtenu que seize guérisons sur trente-six cas. D'après ces statistiques, la moyenne de la mortalité serait de 36,6 % en moyenne, et par conséquent de beaucoup supérieure à la mortalité dans la fièvre typhoïde non compliquée de grossesse.

Or, d'après ces auteurs, cette aggravation de la fièvre typhoïde par la grossesse serait due à diverses causes que nous allons résumer.

Tout d'abord, le danger peut venir du cœur.

Chez la femme enceinte le cœur est surmené ; par suite de l'augmentation de la masse sanguine, le muscle cardiaque s'hypertrophie et se dilate pour donner l'impulsion. Ceci existe déjà à l'état normal et sera encore augmenté par la présence d'une affection aussi nocive pour lui que la dothiémentérie.

La grossesse exerce surtout une action fâcheuse sur le myocarde. Or, celui-ci est aussi souvent atteint dans la fièvre typhoïde, la myocardite typhique étant loin d'être rare, et cette insuffisance du myocarde due à l'infection éberthienne s'aggrave au moment surtout du travail et de l'effort d'expulsion fœtale. A côté du cœur, il faut encore citer le rein qui est souvent pour ne pas dire toujours atteint au cours de la grossesse, l'albuminurie de la grossesse étant très fréquente. Or, cette albuminurie se retrouve

aussi dans la fièvre typhoïde, et le rein malade déjà du fait de la gestation ne rejettera que difficilement les poisons dus à l'infection intercurrente. Ce surcroît de travail augmentera donc de ce fait son hypertrophie et sa congestion en même temps qu'il facilitera l'accumulation des détritüs organiques dans le sang.

Le foie lui aussi est du fait de la grossesse en état d'insuffisance relative et celle-ci augmentera encore du fait d'une intoxication nouvelle, et dès lors les toxines ne seront plus détruites et le rein étant déjà lui aussi malade, elles pourront plus facilement pénétrer dans le sang et tuer le malade. Telles sont les idées soutenues par ceux qui croient à l'aggravation de la fièvre typhoïde par la grossesse. Mais il faut maintenant leur opposer des théories absolument contraires.

C'est ainsi que Cazeaux prétend que la simultanéité de la grossesse avec la fièvre typhoïde influence favorablement celle-ci.

Bonnaire fait remarquer que certains auteurs sont allés jusqu'à admettre que « l'hémorragie accompagnant l'avortement détermine une défervescence précoce et définitive en constituant un véritable phénomène critique ».

Neuhaus, en 1886, cite un cas où après un avortement de quatre mois la fièvre qui durait depuis six semaines tomba immédiatement.

L'opinion généralement admise actuellement est que l'influence de la grossesse sur la fièvre typhoïde est ordinairement nulle ou de faible importance.

Chez les femmes enceintes atteintes par l'infection éberthienne, on retrouve toutes les formes cliniques que l'on décrit classiquement sur la fièvre typhoïde. Toutefois,

celles des formes qui serait, semble-t-il, la plus grave serait la forme abdominale, et les dernières statistiques publiées montrent que la grossesse ne semble pas aggraver d'une manière marquée le pronostic de la fièvre typhoïde. Ainsi, d'après la statistique de Deguyot, la mortalité maternelle ne serait que de 1 pour 10.

Certes, la grossesse en fatiguant les organes dont nous avons déjà parlé plus haut peut amener des complications plus graves, ces organes étant aussi atteints par le bacille d'Eberth, mais ces complications sont plutôt rares.

On a dit aussi que l'avortement ou l'accouchement prématuré pouvaient, au cours de la fièvre typhoïde, donner lieu à la fièvre puerpérale. C'est là l'opinion de Güsserow. Mais cette complication est plutôt rare à cause de l'asepsie et des soins antiseptiques dont est entourée toute malade au moment de l'expulsion fœtale.

Influence de la fièvre typhoïde sur la lactation

D'après les observations citées par Trouilleux, dans sa thèse (Lyon, 1908), et d'après celles que nous publions dans cet ouvrage, on peut déduire un fait certain : c'est la persistance prolongée de la lactation. Toutes les malades, en effet, qui nourrissent leur enfant, l'ont encore allaité huit ou dix jours avant leur entrée à l'hôpital et alors que la maladie évolue déjà. Pendant tout leur séjour dans les services, malgré les purgations qu'on leur donne et la diarrhée qu'elles présentent, les malades ont des seins qui sécrètent toujours. Les bains froids n'ont également aucune influence.

De plus, depuis les premières recherches d'Achard et Bensaude, il est admis que le lait d'une femme atteinte de

dothiésentérie peut acquérir la propriété d'agglutiner le bacille d'Eberth.

Ce pouvoir agglutinant est constant, quoique toujours inférieur à celui du sérum sanguin. Il est d'ailleurs soumis aux variations de ce dernier et peut atteindre parfois un taux très élevé.

Mais, en ce qui concerne la transmission de la substance agglutinante du bacille d'Eberth par l'allaitement à l'enfant, les idées des auteurs n'ont pas toujours concordé.

C'est ainsi qu'en 1896, Achard et Bensaude rapportent à la Société Médicale des Hôpitaux l'observation d'une femme qui avait continué pendant une dizaine de jours à allaiter son enfant, et cela malgré l'évolution d'une fièvre typhoïde.

On lui prit du sang. Son séro-diagnostic fut positif nettement. Avec le lait mélangé dans les mêmes proportions que le sérum, c'est-à-dire à 1 pour 10 à des cultures jeunes de bacilles d'Eberth dans le bouillon, on obtint une agglutination aussi très nette. Ces deux auteurs cherchèrent si cette propriété du lait s'était transmise au sérum de l'enfant qui s'en nourrissait et qui demeurait d'ailleurs en parfaite santé ; le résultat fut négatif.

Thiereclin et Lenoble citent aussi le cas d'une femme entrant à l'hôpital avec le diagnostic de fièvre typhoïde dont le début remontait à dix-huit jours. Au moment où elle contracta sa dothiésentérie la malade nourrissait son enfant qu'elle continua à allaiter pendant dix jours encore.

Le séro-diagnostic de la mère fut positif. Avec le lait ils obtinrent une agglutination mais faible (1 pour 6 seulement). Quant au sérum de l'enfant, il ne fournit que des résultats négatifs, même avec 4 gouttes de sérum pour

12 gouttes de culture. Dans le *Bulletin de la Société de Biologie*, de 1897, Widal et Sicard montrent, à la suite d'expériences faites chez les souris qu'il y a transmission du pouvoir agglutinant par l'allaitement. Cette transmission, au contraire, n'a pas lieu chez le chat et le cobaye. Ils essayèrent sur l'homme, mais les résultats furent négatifs.

Néanmoins, à côté de ces faits où la transmission ne se fait pas, il faut citer des cas publiés et où le pouvoir agglutinant se retrouve dans le sérum des enfants allaités par une mère typhique.

C'est ainsi que Landouzy et Griffon apportent à la Société de Biologie, le 6 novembre 1897, l'observation positive suivante : Un enfant en parfaite santé âgé de trois mois et allaité par sa mère jusqu'au deuxième septénaire d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité présente un sérum agglutinant.

Castaigne (*Médecine moderne*, novembre 1897) publie deux cas dont l'un est positif et l'autre négatif. Dans le deuxième, la recherche de la séro-réaction avec le sérum du nourrisson fut vaine ; il est vrai que le lait de la mère n'offrait une agglutination qu'à 1 pour 20.

Le premier cas positif concerne une femme arrivée à la fin du second septénaire d'une dothiéntérie à forme sévère ; l'enfant que l'on sèvre à cette date agglutine à 1 pour 40 le jour même où il quitte le sein ; le lendemain il n'agglutine qu'à 1 pour 20 et quatre jours après la réaction est complètement négative. L'enfant est alors remis au sein maternel et le lendemain la séro-réaction reparait à 1 pour 10 et atteint 1 pour 50 le jour suivant.

M. le professeur Paul Courmont et M. Cade rapportent,

en 1899, un cas très intéressant publié dans le *Lyon médical* de 1899. Il s'agit d'une femme âgée de 26 ans, qui nourrissait son enfant quand elle fut prise d'un malaise général avec céphalalgie, courbature et frisson.

Dès le début, elle a de la diarrhée abondante, sans coliques ni ténésme ; anorexie complète. A l'examen, elle présente un peu de météorisme abdominal, du gargouillement dans les fosses iliaques, une grosse rate, quelques taches rosées. La température se maintient entre 39° et 40°. Le diagnostic de fièvre typhoïde pouvait être établi et il s'agissait d'un cas de moyenne intensité.

Or, cette femme avait continué à allaiter son enfant pendant les deux premiers septénaires de la maladie. On rechercha si le sang de cet enfant donnait la séro-réaction. Trois jours après le sevrage du nourrisson le résultat suivant était obtenu : le sang de la mère agglutinait le bacille d'Eberth à 1 pour 200 ; le lait maternel donnait une réaction positive à 1 pour 30. Le sang de l'enfant agglutinait à 1 pour 10. Huit jours après le sevrage le sang du nourrisson avait perdu son pouvoir agglutinant.

Ces résultats indiquaient bien la transmission par le lait du pouvoir agglutinant. Couture, dans sa thèse de Paris, 1897, montra que le sérum des nourrissons sains ne détermine jamais à l'état normal une réaction positive vis-à-vis du bacille d'Eberth.

De plus, il ne faut pas songer à une transmission intra-utérine en raison de la date déjà éloignée de l'accouchement. En outre, ce pouvoir agglutinant du sérum disparaissant après le sevrage, reparaissant dans le cas de Castaigne, chaque fois que l'enfant reprenait le sein, indi-

quait bien qu'il s'agissait d'une propriété passagèrement acquise par l'allaitement.

On n'était pas non plus en présence d'une dothiérien-térie infantile, le nourrisson n'ayant jamais présenté aucun symptôme morbide.

Par conséquent, les idées sont divergentes et les différents résultats obtenus sont ainsi expliqués par MM. Courmont et Cade. Tout d'abord, disent-ils, la disparition du pouvoir agglutinant du sérum du nourrisson est très rapide et il n'y a donc rien d'étonnant que la transmission par le lait de la substance agglutinante paraisse négative si elle n'est pas recherchée à temps.

De plus, cette transmission n'est pas constante et varie suivant certaines conditions.

Widal et Sicard font jouer un rôle au chimisme gastrique à la suite de leurs expériences sur les animaux.

D'autres auteurs admettent l'existence de lésions intestinales banales chez le nourrisson. Or, ces lésions sont absentes dans le cas cité plus haut.

MM. Courmont et Cade supposent plutôt qu'il faut invoquer une intensité plus ou moins grande du pouvoir agglutinant du sérum et du lait maternels. Ainsi dans leur observation ce pouvoir était de 1 pour 30. Dans celui de Castaigne, il était de 1 pour 600. Au contraire, dans les observations où les résultats furent négatifs, il n'était que de 1 pour 10 dans le cas d'Achard et Bensaude, et de 1 pour 6 dans celui de Thiercelin et Lenoble.

Par conséquent, on arrive à expliquer par la variabilité du pouvoir agglutinant du lait l'inconstance de la transmission de cette propriété de la mère à l'enfant.

Mossé et Frenkel, dans une communication faite à la

Société médicale des Hôpitaux de Paris (1899), pensent qu'il faut faire jouer également un rôle à la durée d'imprégnation des matières agglutinantes.

Ce qui explique, en outre, que le sérum du nourrisson a un pouvoir agglutinant plus faible que les humeurs maternelles, c'est que le lait est obligé de traverser d'abord la glande mammaire puis l'épithélium des voies digestives de l'enfant et, par conséquent, ces barrières semblent arrêter une partie de la substance agglutinante qui devient ainsi très faible dans le sang de l'enfant.

D'après ces diverses observations, on peut donc conclure que le sérum du nourrisson peut acquérir certaines propriétés et dans le cas particulier le pouvoir d'agglutination, qui se trouvent chez sa mère et qui lui sont transmises par le passage à travers la muqueuse des voies digestives. La transformation subie par les humeurs de l'enfant dépend de deux facteurs : l'intensité des propriétés acquises des humeurs chez la nourrice et la durée de la transmission par l'allaitement.

Nous avons montré dans ce qui précède que le bacille d'Eberth ne passait pas à travers la glande mammaire mais que celle-ci n'agissait pas de même vis-à-vis des substances solubles.

Or, un enfant nourri par une femme typhique peut-il contracter la fièvre typhoïde ?

Trouilleux, dans sa thèse, cite 25 observations, et il n'a pas trouvé un seul cas de transmission de l'infection ; cependant trois malades ont nourri pendant toute la durée de la maladie.

Parmi les cas que nous avons pu nous-même voir à l'hôpital de la Croix-Rousse, ou ceux rapportés par M. le

professeur Lesieur, nous n'avons également jamais constaté de symptômes morbides chez l'enfant.

Néanmoins, il existe des cas positifs et parmi eux il faut citer ceux de Shaedler, Hérard et Gérard. Dans le premier cas il s'agit d'un enfant de sept mois dont la mère typhique mourut au vingt-sixième jour après avoir allaité jusqu'au seizième jour de la maladie. Cet enfant présenta pendant dix jours des phénomènes fébriles et mourut. L'autopsie fit voir quatre plaques de Peyer tuméfiées et une rate ramollie.

Dans le cas d'Hérard on note les mêmes phénomènes et résultats que dans le cas de Shaedler.

Gérard cite l'observation où la mère mourut mais où l'enfant survécut après avoir présenté de l'hypertrophie de la rate, des taches rosées et une courbe thermique analogue à celle de la fièvre typhoïde.

Trouilleux, tout en ne niant pas la possibilité de la contagion de l'enfant par le lait maternel, trouve que les observations sus-citées ne sont pas très probantes, aucune des trois n'ayant été soumise au contrôle de la bactériologie. Aussi conclut-il en disant que la fièvre typhoïde de la nourrice n'est qu'exceptionnellement transmise à l'enfant. Certes, l'enfant peut présenter des signes morbides pouvant rappeler la dothiéntérie, mais ils sont dus le plus souvent à des défauts dans l'alimentation.

Quant à acquérir un certain degré d'immunisation par le fait du passage des agglutinines du lait dans le sang du nourrisson, on n'a encore émis à ce sujet que des hypothèses. M. le professeur P. Courmont admet que le fait de l'agglutination aide à l'action des substances bactéri-

cides, par conséquent il faut, dit-il, attribuer une propriété défensive au sérum.

En ce qui concerne la continuation de l'allaitement du nourrisson par une typhique, théoriquement, d'après ce que nous avons dit, elle pourrait se faire, mais en pratique, dès que le diagnostic est établi nettement, il faut supprimer l'alimentation par le lait de la femme typhique et confier l'enfant à d'autres mains. Il suffit, dit Marsan, qu'il y ait eu des cas où la transmission de l'infection ait paru s'opérer pour séparer immédiatement la nourrice du nourrisson.

Avant de terminer ce chapitre, nous devons envisager le cas où la nourrice est guérie. Peut-elle alors à ce moment reprendre l'allaitement ?

Pour cela, il faut que d'une part la sécrétion lactée soit suffisamment abondante, et que d'autre part le lait ne soit plus toxique.

La puissance toxique du lait est pratiquement mesurée d'après son pouvoir agglutinant qui disparaît en général pendant la convalescence.

Quant à la quantité, la plupart des malades suivies par Trouilleux avaient à leur sortie de l'hôpital une glande mammaire encore en activité. Néanmoins, il semblait que peu d'entre elles étaient susceptibles de reprendre le nourrissage.

Néanmoins, des cas ont été cités par Trousseau, puis par Mochez, qui montrent que la lactation au bout de quelque temps peut reprendre l'importance qu'elle avait avant la maladie. Aussi peut-on conclure qu'il n'y a aucun inconvénient à ce qu'une nourrice guérie de fièvre typhoïde

reprenne son nourrissage, car même si la lactation est insuffisante elle peut redevenir abondante sous l'influence de tétées vigoureuses et d'une bonne alimentation de la nourrice.

CHAPITRE III

Diagnostic

Le diagnostic de la fièvre typhoïde dans ses rapports avec la grossesse non interrompue, avec l'avortement et surtout avec les accidents des suites de couches, ne va pas sans présenter parfois de grandes difficultés.

Pour certains auteurs, en effet, et parmi eux nous pouvons citer Burns, Tarnier, Budin et Bonnaire, il existerait pendant la gestation une fièvre propre aux femmes enceintes. Les signes par lesquels elle se révélerait seraient ceux d'une fièvre typhoïde légère : hyperthermie, céphalée, insomnie, amaigrissement. D'après eux, il est donc facile de confondre cette fièvre avec une dothiéntérie et l'erreur ne peut être évitée que par l'observation prolongée, l'étude de la courbe thermique et la constatation de l'absence de taches rosées lenticulaires. Mais cette « fièvre propre aux femmes enceintes » a été vivement combattue ; le professeur Pinard, dans un article paru en 1903, dans le *Bulletin médical*, déclare qu'il n'y a pas de fièvre essentielle et que chaque fois, souvent difficilement, on découvre une cause résidant le plus fréquemment dans une infection, la gestation ne jouant qu'un rôle effacé et secondaire dans la production de la fièvre.

Il faut, dit-il, chaque fois qu'il y a élévation de la température chez une femme enceinte essayer de décèler une

des affections abdominales (appendicite, tumeurs de l'ovaire, cholécystite, etc.), capables de donner lieu à un état fébrile pendant la grossesse. Il faut, de plus, songer à la tuberculose, fièvre remittente, etc.

Mais, dit M. Pinard, « il n'y a pas plus de fièvre essentielle pendant la grossesse que de péritonite spontanée », il y a toujours une cause qu'il faut chercher avec ténacité.

Pendant la grossesse, le diagnostic de fièvre typhoïde présente les mêmes difficultés qu'en dehors de la gestation, et les maladies à rechercher sont absolument les mêmes dans les deux cas. Divers moyens sont préconisés pour établir ce diagnostic. Tout d'abord, la recherche du bacille d'Eberth dans le sang des typhiques.

MM. les professeurs J. Courmont et Lesieur ont publié, en janvier 1902, les résultats de leurs recherches du bacille d'Eberth dans le sang des typhiques.

Chez tous les typhiques observés le bacille a été trouvé dans le sang jusqu'au 23^e jour. Dans 4 observations sur 9, le bacille existait dans le sang avant l'apparition du pouvoir agglutinant. Par conséquent, ils en ont conclu que la recherche du bacille dans le sang s'imposait pour le diagnostic précoce de la fièvre typhoïde, toutes les fois que le séro-diagnostic ne donnait pas de renseignements certains.

La culture en bouillon permet d'affirmer la présence du bacille d'Eberth dans vingt-quatre ou quarante-huit heures dans 60 % des cas.

La recherche peut se faire encore dans les urines, comme l'a montré M. le professeur Lesieur.

On peut aussi le déceler dans les matières fécales où il n'apparaît d'ailleurs que vers le troisième jour.

Il y a encore le séro-diagnostic qui a acquis une grande valeur diagnostique depuis l'importante communication de Widal à la Société médicale des Hôpitaux en 1896. Grâce à lui, en effet, on peut affirmer d'une façon presque absolue que l'on a affaire à la dothiéntérie.

Il consiste à prendre du sang à une malade typhique, à en séparer le sérum et à le mélanger avec une culture de bacilles d'Eberth de vingt-quatre heures. Si le séro-diagnostic est positif, les bacilles tombent au fond du tube à expérience, s'agglomèrent : il y a agglutination.

Cette agglutination n'apparaît que vers le septième jour. M. le professeur P. Courmont a en outre montré que quand le séro-diagnostic est négatif, il ne faut pas affirmer qu'il n'y a pas fièvre typhoïde. De plus, dans les formes très graves le séro-diagnostic est souvent négatif.

Néanmoins, sa valeur est très grande, et Lepage cite des cas où le séro-diagnostic a été fait et où sans lui on aurait méconnu la pyrexie en cause (Société obstétricale, juillet 1899). Pendant les suites de couches, le diagnostic est beaucoup plus difficile, car, comme le font remarquer MM. les professeurs agrégés Voron et Commandeur, on a à cette période surtout affaire à des formes atypiques.

La difficulté réside surtout dans la distinction de la fièvre typhoïde avec la fièvre puerpérale.

Le début dans les deux infections est, en effet, insidieux, la maladie ne se déclarant que dans les quelques jours suivant l'accouchement, et les caractères que l'une ou l'autre présente sont difficiles à préciser et à distinguer.

Tout d'abord, la température dans la fièvre puerpérale est à grandes oscillations sans régularité, succédant à un frisson violent ; dans la fièvre typhoïde la température

prend au bout du troisième ou quatrième jour la forme d'un plateau d'hyperthermie excessive sans rémission avec descente progressive.

Le poulx est dans la fièvre typhoïde moins en rapport avec la température que dans la fièvre puerpérale où il est proportionnel à l'ascension thermique.

Les taches rosées peuvent se rencontrer dans les deux infections. Les symptômes abdominaux sont peu nets ; toutefois noterait-on plutôt dans la fièvre puerpérale de la constipation que de la diarrhée.

La stupeur existe dans l'une et l'autre affection, quoique plus marquée dans la fièvre typhoïde, où le délire se produit souvent. Mais il faut s'adresser à l'appareil génital et se rendre compte s'il y a de la tuméfaction et de la douleur au niveau des culs-de-sacs du corps utérin et des ligaments larges.

Le séro-diagnostic enfin rend également un grand service et quand les caractères sont bien différenciés il est assez facile de distinguer l'une de l'autre ces deux infections. Mais ces cas nets sont extrêmement rares et le plus souvent on est en présence de cas atypiques.

C'est ce qu'ont bien montré MM. Fabre et Eparvier, d'une part, et MM. Voron et Gravier, d'autre part, dans deux observations qu'ils ont publiées dans le *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie* du mois de mars 1912.

OBSERVATION de MM. FABRE et EPARVIER

R. D... — Entré à l'hôpital pour pertes rouges avec caillots. Rien dans les antécédents héréditaires. Elle a été réglée à seize ans régulièrement depuis. Elle a eu cinq enfants, tous vivants actuellement. Tous ses accouchements furent normaux. On ne

note pas de tuberculose dans la famille de la malade ni chez elle. Pas de signes de syphilis. A son entrée, la malade dit n'avoir pas eu ses règles depuis cinq mois et demi.

La veille de son entrée à la Charité, la nuit, elle est prise de maux de ventre et expulse un fœtus qui vit pendant dix minutes. La délivrance ne se faisant pas, le médecin envoie la malade à l'hôpital.

A son entrée, la température est de 38°4. Le lendemain, curage digital et extirpation d'un placenta complet. Lavage iodo-iodurée. Pertes fétides.

Le soir du curage digital, la température atteint 39°5 et les jours suivants, elle ne descend pas au-dessous de 38°5, dépassant 40° certains soirs.

Cinq jours après, les phénomènes infectieux ne rétrocedant pas, une culture de lochies est faite, mais est négative.

Neuf jours après, injection de 200 grammes de sérum térébenthiné, renouvelée le lendemain.

La température est de 39°, le pouls au-dessus de 100.

Le toucher vaginal ne donne aucun renseignement pouvant expliquer cette infection. Douleur dans l'hypochondre droit. Signes de bronchite nets déjà présentés par la malade à son entrée.

Malgré des injections de sérum térébenthiné et même d'essence de térébenthine, l'état général devient de plus en plus mauvais. La malade est prostrée, sa température est de 40° et l'examen gynécologique étant négatif, on pense à une fièvre typhoïde. La rate est grosse, pas de taches rosées ; pas d'ulcérations pharyngées ; pas de diarrhée. La courbe thermique, la bronchite généralisée, la matité splénique, la prostration sont les seuls signes nets. On a recours aux moyens de laboratoire. Un premier séro-diagnostic agglutine à 1/30.

Puis apparaît ensuite une diarrhée abondante, jaune, très fétide. On a fait encore un séro-diagnostic. L'agglutination se fait à 1 pour 50.

La malade prend du pyramidon chaque fois que sa température dépasse 39°. Elle a des vomissements, et sa température tombe bientôt à 37°. L'état général étant néanmoins de plus en plus mauvais, on fait de fréquentes injections d'huile camphrée.

Enfin, quarante jours après son entrée, elle est prise d'un gros frisson ; la température monte à 41°, puis atteint 42°5, et la malade meurt.

A l'autopsie, on note :

Poumons, 500 grammes chacun. Œdème abondant. Surnageant. Pas de lésion de tuberculose.

Cœur, 315 grammes, normal.

Foie, 2.200 grammes ; très gros, gras, décoloré, non dur à la coupe.

Reins, 380 grammes. Pâles.

Rate volumineuse, 330 grammes.

Intestin. En un seul point sur l'iléon, à 25 centimètres de la valvule iléo-cæcale, on note une plaque de Peyer nette, mais semblant cicatricielle.

Rien aux organes génitaux.

En résumé, cette femme a eu une fausse couche probablement spontanée, a été soignée pendant quarante jours pour une pyrexie qu'on a d'abord crue d'origine utérine et qui a été mise ensuite sur le compte d'une dothiéntérie.

Logiquement, au début de cette infection on devait croire à l'infection d'origine utérine.

C'est l'état général ne répondant pas bien au type clinique des infections puerpérales, c'est cette courbe thermique sans ou presque sans rémission, qui ont fait pencher le diagnostic du côté de la dothiéntérie ; les moyens de laboratoire confirmèrent partiellement ce diagnostic, l'hémoculture ayant été négative.

Ce diagnostic n'a pas été beaucoup éclairci par l'autopsie puisqu'une seule lésion a été découverte sur l'intestin.

A la séance du mois de mai 1912 (Société d'obstétrique de Paris), M. Bourret a présenté une coupe de l'ulcération intestinale typhique relevée à l'autopsie. Il a montré qu'il existait bien là une ulcération de la muqueuse infiltrée de petites cellules inflammatoires localisées dans les débris de la muqueuse et dans la sous-muqueuse. « L'infection éberthienne, dit-il, paraît très vraisemblable. »

A la suite de cette observation, M. Commandeur a insisté sur les difficultés de diagnostic de la fièvre typhoïde dans les suites de couches. Parmi toutes les dothiéntéries qu'il a observées dans ces conditions une seule a présenté un aspect clinique typique ; toutes les autres ont été des formes anormales. Très souvent la courbe de la température ne ressemble pas du tout au tracé classique de l'infection typhique. Le séro-diagnostic ou la culture du sang sont souvent les seuls éléments permettant de faire un diagnostic de certitude.

MM. Voron et Eparvier ont publié une autre observation également très intéressante.

OBSERVATION de MM. VORON et EPARVIER

R. C..., 23 ans. — N'a aucun antécédent intéressant. Sa grossesse a été normale. Mais au moment de l'accouchement, malgré de fortes contractions utérines, la descente ne se fait que très lentement. En présence de la longue durée du travail (41 heures), le docteur Voron décide d'intervenir.

Il s'agit d'une présentation de la face en position gauche antérieure. On fait une prise symétrique et on amène le menton derrière le pubis. A ce moment se fait une procidence du cordon qu'on réduit aussitôt. On termine la descente de la tête. Désarticulation des branches. Dégagement de la tête et extraction rapide de l'enfant. C'est un garçon de 4.050 grammes. Délivrance spontanée 40 minutes plus tard, sans incidents.

Au moment de l'intervention, la température rectale était de 38°4. Le lendemain, elle atteignait 39° et le surlendemain 39°6. Pouls à 120.

Devant cette montée thermique, on pense à une infection puerpérale et on pratique trois jours de suite un abcès de fixation. Réaction lente et peu vive.

La température atteignit et dépassa 40° et se maintint en plateau pendant dix jours.

Puis on observa un type inverse avec une différence de 2 à 4 dixièmes de degrés. Enfin, le tracé devint normal avec faible oscillation. Pouls à 120.

L'aspect de la malade était celui d'un typhique. Faciès abattu et grippé. Lèvres fuligineuses. Langue sèche et rôtie.

Rien au cœur. Râles de bronchite diffuse des deux côtés aux poumons. Léger météorisme à l'abdomen. Pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite. Deux taches rosées peu nettes sur l'abdomen et le flanc gauche.

On ne sentait pas la rate, mais il y avait une assez forte matité splénique. La pression de l'utérus et de l'intestin était douloureuse. Lochies peu abondantes, non purulentes, d'odeur un peu forte.

Puis apparaît, sept jours après l'entrée à l'hôpital, une forte diarrhée qui persista trois jours et disparut.

Devant une pareille malade, le diagnostic était embarrassant. Au début, il n'avait pas semblé faire de doute, qu'il s'agissait de fièvre puerpérale. Mais quand survint cette diarrhée, à cause de la courbe de la température, de la matité splénique et de l'aspect de cette malade, on se demanda s'il ne s'agissait pas d'une fièvre typhoïde, malgré la fréquence assez forte du pouls. On lui fit deux séro-diagnostic. L'un fut positif au 1/15, l'autre négatif au 1/30.

On fit alors à la malade des enveloppements humides toutes les trois heures avec quatre prises par jour de 15 centigrammes de pyramidon. La température, en un jour, descendit de 40° à 37°5 et se maintint pendant dix-sept jours aux environs de 38°, avec des oscillations variables de 1/2 à 1 degré.

Par suite des signes de bronchite, on pensa ensuite à de la tuberculose.

Puis la malade devint apyrétique pendant huit jours.

Au bout de ce temps, elle fut prise de deux selles diarrhéiques et sanguinolentes et la température monta à 39°, puis 40°, et oscilla pendant 10 jours de 38° à 40°.

Devant ces oscillations, l'idée de tuberculose devint plus obédante, surtout avec des signes pulmonaires quoique peu nets au sommet gauche.

On fit une nouvelle hémoculture.

Puis huit jours après l'apparition de ces selles sanguinolentes, la température tomba à 37°, où elle demeura jusqu'à la sortie de l'hôpital de la malade.

M. le Dr Mouisset qui vit la malade avant son départ, estima que c'était bien à une fièvre typhoïde qu'on avait dû avoir affaire et les résultats de l'hémoculture vinrent donner une preuve nette à cette idée.

Cette hémoculture faite dans le laboratoire de M. le Professeur J. Courmont, montra du bacille d'Eberth avec un aspect vasculaire, forme rarement observée.

Cette observation montre bien par quelles hésitations successives a passé le diagnostic.

Le début de l'affection qui coïncidait avec un accouchement long et dystocique imposait l'idée d'infection puerpérale. Puis l'allure de la courbe thermique qui, après une ascension progressive, figura un plateau parfait, les signes de bronchite firent songer à la dothiéntérie.

Plus tard, lorsque la température fut redevenue normale, la localisation des signes au sommet d'un poulmon éveilla l'idée de la tuberculose.

Les résultats, malheureusement connus tardivement, de l'hémoculture, levèrent tous les doutes en faveur de l'infection éberthienne.

Nous voyons donc par ces divers faits combien difficile est le diagnostic de la fièvre typhoïde dans ses formes atypiques pendant les suites de couches, puisque même parfois, comme dans le cas de M. le professeur agrégé Voron, le séro-diagnostic lui-même fait à plusieurs reprises n'étant positif qu'au dixième semblait plutôt contribuer à faire rejeter le diagnostic d'infection typhique qu'établit pourtant nettement ensuite l'hémoculture.

Nous devons encore à MM. le professeur agrégé Commandeur et Rhenter de pouvoir citer ici deux cas de fièvre typhoïde ayant eu un début soudain. Ces deux observations ont été publiées dans le *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, en octobre 1910.

OBSERVATION I.

Il s'agit d'une jeune femme de 25 ans qui est admise à l'hôpital en raison de lésions mitrales. Cette femme a eu une grossesse normale et l'on se borna à finir l'accouchement par une application de forceps dans l'excavation. La température qui était à 37° s'y maintint pendant trois jours ; puis brusquement, elle s'éleva à 39° le troisième soir. Le pouls était à 100. De plus, la malade se plaignait de céphalée et de douleurs dans la cavité abdominale. Le même jour, elle rejeta un ascaride lombricoïde vivant.

Après être restée trois jours entre 39° et 40°, la température monta à 40°5, puis redescendit rapidement et régulièrement. L'état général en même temps s'aggrava. Des vomissements apparurent, devenant bientôt fécaloïdes. L'abdomen était météorisé, mais à la pression, on ne faisait naître aucune douleur en un point localisé.

Enfin, la malade mourut en deux jours.

On pratiqua l'autopsie et on découvrit une cavité abdominale remplie d'un liquide louche à odeur fécaloïde. Les anses intestinales étaient dilatées et vascularisées. Elles formaient dans la fosse iliaque droite une masse de quatre anses assez faciles à séparer et on tombait alors dans une sorte de clapier renfermant du pus et des matières fécales.

A l'ouverture de l'intestin, pratiquée ensuite, on trouva des lésions nettes de fièvre typhoïde avec une furunculose intestinale, commençant à trois centimètres environ de la valvule iléo-cæcale, et des plaques de Peyer nombreuses et ulcérées.

Au cœur, il y avait des lésions mitrales ; le myocarde était mou et décoloré.

OBSERVATION II

La seconde malade a eu un accouchement prématuré à huit mois et demi, dans des conditions normales.

Le lendemain de l'accouchement, la température monte de 37°2 la veille au soir, à 40°2 le matin.

Elle reste en plateau pendant une semaine. Le diagnostic de fièvre typhoïde fut établi le cinquième jour par le séro-diagnostic qui fut positif.

Puis la température présenta de grandes oscillations pendant quinze jours, pendant lesquels la fièvre typhoïde paraissant bénigne, on donna du pyramidon.

Puis la température revint à la normale le vingt-troisième jour après le début de l'affection.

La guérison se fit sans incidents.

Les symptômes consistèrent seulement en diarrhée, prostration. Le pouls resta à 120 pendant cinq jours, puis revint à la normale peu à peu.

D'après M. le professeur agrégé Commandeur, ces deux observations offrent certaines particularités à noter. En effet, au point de vue clinique il existerait des cas nombreux où la fièvre typhoïde serait associée à telle ou telle manifestation de la fièvre puerpérale, tandis que chez d'autres malades la fièvre typhoïde évoluerait seule ; la courbe thermique présenterait alors une allure spéciale caractérisée par une ascension brusque de la température supprimant le stade dit des oscillations ascendantes.

Or, les deux observations citées plus haut entrent dans le cadre de la fièvre typhoïde évoluant isolément pendant les suites de couches. Toutes les deux représentent des formes précoces, le début se faisant le troisième jour après l'accouchement pour la première, le lendemain pour la seconde. Il faut noter la brusque ascension thermique. Le diagnostic fut surtout posé dans la seconde par le séro-diagnostic.

Chez la première malade la nature des lésions fut établie par l'autopsie. Le diagnostic porté avait été « péritonite par perforation intestinale », d'origine probablement parasitaire, la malade ayant rejeté un ascaride. Cette explication avait semblé plus rationnelle que perforation typhique à laquelle on n'avait pas cru devoir se rattacher, mais que l'autopsie montra avec netteté.

Ces deux observations sont encore une preuve de la dif-

ficulté du diagnostic de la fièvre typhoïde pendant les suites de couches, quoique dans la première ce ne fut qu'à l'autopsie que l'infection éberthienne fut reconnue et que dans la seconde seul le séro-diagnostic fut un signe affirmatif.

CHAPITRE IV

Pronostic

Nous avons déjà indiqué au chapitre de l'influence de la grossesse sur la fièvre typhoïde que le pronostic n'était guère aggravé. Nous avons donné comme chiffre moyen de mortalité maternelle 1 pour 10, ce qui représente à peu près la moyenne de la mortalité dans la fièvre typhoïde sans grossesse.

Néanmoins, il faut tenir un grand compte des complications qui quoique assez rares sont inhérentes à la grossesse ou à la pyrexie elle-même.

C'est ainsi que le cœur déjà atteint parfois par l'infection éberthienne pourra par suite de la complication de la grossesse faiblir davantage. Le rein et le foie souvent en état d'insuffisance pourront également se relâcher encore plus et amener des aggravations.

De plus, il faut toujours penser que le malade est dans un grand état de faiblesse et, par suite, les rechutes sont à redouter, de sorte que la convalescence peut devenir longue à s'effectuer.

Dans cet organisme dont la résistance est très amoindrie peuvent venir s'implanter des infections générales plus graves qui, en s'installant sur un terrain si bien préparé, peuvent s'y développer d'autant plus facilement.

Et c'est surtout pendant la convalescence que les soins devront redoubler et l'on devra établir une surveillance attentive sur l'état de la température et du pouls dont les variations renseignent sur l'évolution du processus et sur l'apparition des complications.

Grâce à ces deux éléments soigneusement suivis, on pourra déceler à temps une rechute qu'il sera ainsi plus facile à guérir. De plus, suivant l'expression de Roger, « ils réglementent pendant la convalescence les soins hygiéniques ». En ce qui concerne l'enfant, nous avons vu qu'il meurt le plus souvent à la naissance ; parmi ceux qui survivent, beaucoup meurent pendant leur enfance par suite d'une maladie s'établissant dans un organisme mal organisé pour la résistance par suite de l'action pernicieuse de la fièvre typhoïde. Ceux qui arrivent à vivre sont souvent atteints d'affection nerveuse.

Nous pouvons donc conclure que pour la mère le pronostic n'est pas très aggravé, mais en ce qui concerne l'enfant, son état est toujours précaire dans la fièvre typhoïde survenant pendant la grossesse.

M. le professeur Paul Courmont a montré que le séro-diagnostic était aussi une réaction de défense. Pendant que la fièvre baisse le séro-diagnostic augmente pour devenir à son maximum au moment de la convalescence. La courbe favorable est la courbe en clocher, la courbe défavorable est la courbe basse et descendante.

Aussi, chaque fois que la fièvre augmentera et que le séro-diagnostic diminuera, on pourra établir un pronostic réservé, tandis qu'il deviendra bien meilleur quand la fièvre baissant le séro-diagnostic augmentera.

CHAPITRE V

Traitement

Quel est maintenant le traitement à faire suivre à une femme enceinte atteinte de fièvre typhoïde ?

Tout d'abord, au point de vue prophylactique, la femme enceinte doit le plus possible se soustraire aux causes de contagion, car elle est, nous l'avons déjà dit, en état de moindre résistance.

Au point de vue médical, certains médicaments doivent ne pas être employés, tout au moins dans la mesure du possible. Ce sont la quinine, en raison du rôle ecbolique qu'on lui attribue ; puis l'ergotine, l'acide salicylique et les salicylates. On peut, par contre, se servir de l'alcool, l'antipyrine et le benzonaphtol.

Néanmoins, en ce qui concerne l'usage de la quinine, Trampont, dans sa thèse, déclare avoir vu donner de la quinine aux accouchées sans aucun inconvénient.

Mais le traitement de choix actuellement de la dothiéc-nentérie est l'hydrothérapie telle que Brand l'a exposée, c'est-à-dire donner toutes les trois heures un bain d'un quart d'heure de durée dans de l'eau à 20° centigrades chaque fois que la température du malade atteint 39°.

Or, quels sont les résultats immédiats de cette balnéation ?

Tout d'abord, les troubles nerveux sont amendés ; la malade peut dormir alors qu'elle était sans sommeil auparavant ; le délire également est très avantageusement influencé.

De plus, le bain froid combat l'hyperthermie et, par suite, si cette dernière peut avoir une influence sur la vie du fœtus, on évite ainsi une surproduction de chaleur dans l'organisme maternel et de ce fait la mort du fœtus est moins certaine.

Enfin, le bain froid favorise la diurèse qui débarrasse l'organisme des déchets et poisons. Plus on arrivera à enlever de l'organisme maternel les bacilles et leurs produits de sécrétion et plus on favorisera la vie du fœtus.

Dès lors, s'il est reconnu que la gravité de la maladie influe sur l'avortement, en établissant ce traitement de bonne heure on pourra arriver à rendre bénigne une affection qui menaçait d'être grave et on facilitera ainsi la continuation de la grossesse.

Néanmoins, l'influence des bains froids sur l'avortement n'a donné que peu de bons résultats et si la mère n'a qu'à bénéficier de leur usage il n'en est pas de même en faveur de l'enfant avant sa naissance.

Brand lui-même a vu dix-sept avortements sur vingt-deux cas traités.

Cependant, le docteur Vincent publie dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1887 trois observations qui sembleraient indiquer une bonne influence de la balnéothérapie sur la continuation de la grossesse.

Il s'agit de trois femmes en état de grossesse et atteintes de fièvre typhoïde qui ont été soumises à la méthode de Brand dans le but non seulement de combattre la dothié-

néentérie, mais avec la conviction de mettre aussi en usage le moyen le plus sûr de conjurer l'avortement.

Dans ces trois cas les bains froids ont guéri la fièvre typhoïde, prolongé la grossesse jusqu'à terme et procuré des enfants bien portants.

Par conséquent, pour le docteur Vincent, c'est aux bains froids qu'il faut recourir en rejetant tous les médicaments (quinine, antipyrine, etc.).

Duhaut, dans sa thèse, arrive à ce résultat que le nombre des avortements dans les fièvres typhoïdes baignées est de 21 %. D'après lui, ce chiffre est encore trop élevé, car dans certains cas on aurait pu éviter l'avortement en instituant une balnéothérapie dès le début de la maladie.

Quoi qu'il en soit, il est un fait absolument reconnu, c'est que, s'il y a des doutes sur la conservation du fœtus, il ne saurait y en avoir sur la mortalité maternelle qui a été considérablement abaissée depuis que la méthode de Brand est employée. Parmi les statistiques nous pouvons en citer quelques-unes qui sont très probantes.

Brand, dans sa statistique du traitement de la dothiéntérie par les bains froids, sur vingt femmes enceintes baignées, trouve dix-sept guérisons ; plus tard, il cite encore le cas de deux femmes enceintes et atteintes de fièvre typhoïde et qu'on traita par la balnéothérapie ; l'une avorta mais toutes les deux guérèrent.

Tripier et Bouveret relatent deux cas de femmes grosses atteintes de dothiéntérie et guéries par les bains froids. Duhaut a pu recueillir douze observations suivies de guérison.

Dans le service de M. le professeur Lesieur, et ensuite de M. le professeur agrégé Mouriquand, tous les cas de fem-

mes atteintes de fièvre typhoïde et en état de grossesse ont été traités par les bains froids. Toutes ces malades sont sorties guéries.

Par conséquent, il y a tout avantage à baigner une femme enceinte. Mais une fois l'accouchement terminé, doit-on continuer les bains ?

Aussitôt après l'accouchement et dans les jours qui suivent il faut surveiller la température et à la moindre élévation fébrile il ne faut hésiter et l'on doit reprendre les bains chaque fois que la fièvre atteint 39°, et ni l'écoulement des lochies, ni la présence d'un utérus en involution, ni le gonflement des seins, ni même l'existence de complications septicémiques ne sont un obstacle à l'emploi de la méthode hydrothérapique.

D'après M. le professeur agrégé Vinay, la péritonite généralisée est la seule contre-indication formelle des bains froids, et même, selon lui, lorsqu'il existe une péritonite localisée on ne doit pas supprimer les bains froids, qu'on devra simplement adoucir en les rendant plus tièdes, moins prolongés et plus espacés.

De plus, comme contre-indications, il faut encore citer la myocardite et l'hémorragie intestinale.

D'après M. Vincent, les médicaments non utilisables pendant la grossesse (quinine, antipyrine, etc.) peuvent être employés pendant les suites de couches.

Au point de vue du régime, la femme sans être à la diète absolue ne devra prendre que des liquides et spécialement le lait qui est nourrissant et diurétique.

Avant de terminer ce chapitre sur le traitement médical, nous devons citer l'emploi de médications récentes préconisées par certains auteurs : le collargol et la cryogénine.

Le premier ne semble pas avoir donné de brillants résultats. Bailay, dans sa thèse de Paris (1909), sur le traitement des maladies infectieuses par les métaux colloïdaux, cite trois cas de fièvre typhoïde traités par l'agent colloïdal électrique. La marche de l'affection n'a nullement été influencée et sa durée n'a été nullement diminuée.

Quant à la cryogénine, Boutteville, dans sa thèse de Paris (1904), *Cryogénine et Fièvre typhoïde*, résume son travail par son emploi.

D'après lui, elle peut être employée avec avantage en même temps que les bains.

Elle abaisse notablement la température et contribue à l'amélioration de l'état général.

Elle est l'antithermique de choix chaque fois qu'il y a contre-indication des bains froids.

En ce qui concerne le traitement obstétrical de la fièvre typhoïde, il a été établi par certains auteurs qui avaient constaté une amélioration à la suite d'avortement. Mais la plupart des auteurs actuellement préconisent de laisser les choses en état, considérant que l'affection n'en poursuit pas moins son évolution funeste si elle doit l'être. La généralité des accoucheurs admettent que l'interruption de la grossesse ne doit être pratiquée que dans les cas suivants :

- 1° Grossesse avancée ;
- 2° Enfant vivant et viable ;
- 3° Agonie de la mère par suite d'une complication très grave de la fièvre typhoïde (perforation intestinale, asystolie).

Seul l'accouchement provoqué accéléré est autorisé et le plus près possible du terme, afin d'augmenter les chances de survie de l'enfant.

En ce qui concerne le traitement que doivent suivre les nourrices atteintes de fièvre typhoïde, Trouilleux a bien montré, dans sa thèse, que l'allaitement n'était pas une contre-indication de la balnéation froide.

Parmi les divers cas qu'il a observés, il n'a jamais remarqué de complications mammaires.

L'état des seins n'a aucune influence, et s'il se produit une distension mammaire douloureuse, il suffit de faire une compression méthodique avec expression d'un peu de lait et tout rentre dans l'ordre.

Trouilleux conclut d'ailleurs que la balnéation a un gros avantage sur les autres médicaments usités dans la fièvre typhoïde, c'est qu'elle ne fatigue pas le rein et le foie qui sont déjà en état d'insuffisance.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Hôpital de la Croix-Rousse. Service de M. le Pr LESIEUR

Adrienne Jeandet entre à l'hôpital pour lassitude générale et toux. Elle est âgée de 22 ans.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Dans ses antécédents personnels, on note des bronchites fréquentes pendant l'hiver et un amaigrissement qui date d'un mois. Elle a été réglée à 16 ans et elle est actuellement enceinte de quatre mois.

L'affection pour laquelle elle entre a débuté il y a un mois par de la toux, de la courbature et une faiblesse générale. Puis depuis cinq jours, elle présente de la diarrhée.

A l'examen, on note un abdomen souple, sans gargouillements, quelques taches colorées ressemblant à des taches rosées. La rate est hypertrophiée. Le foie est de volume normal et n'est pas douloureux.

A l'appareil respiratoire on constate, comme symptômes fonctionnels, une toux fréquente sans expectoration. Enrouement assez prononcé. Rien d'anormal à l'auscultation.

La température est de 39° à l'entrée et se maintient dans les environs de 40° pendant quatre jours. Puis elle oscille entre 39° et 38°.

Deux jours après son entrée, la malade est atteinte d'épistaxis et présente sur l'abdomen de nombreuses taches rosées. Le séro-diagnostic est positif à 1 pour 10.

Quinze jours après son arrivée à l'hôpital, la malade est prise de douleurs abdominales rythmiques et régulières, ayant les caractères des douleurs de l'accouchement.

Au bout de quelques instants, on assiste à l'expulsion d'un fœtus mort non macéré, pesant 110 grammes. Le placenta pèse 100 grammes.

Au moment de l'avortement, la fièvre a baissé de 39° à 37°, puis remonta deux jours après à 38° et continua à évoluer ainsi pendant un mois. La malade, pendant tout son séjour à l'hôpital, a été soignée par l'hydrothérapie. Elle a quitté le service complètement guérie.

OBSERVATION II

Hôpital de la Croix-Rousse. Service de M. le Pr LESIEUR

Sophie Paccalier entre à l'hôpital pour faiblesse générale, maux de tête et vomissements. Elle est âgée de 24 ans.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et personnels. Elle a été réglée à 12 ans. S'est mariée à 23 ans et est enceinte de deux mois.

A l'entrée, la malade présente un état anxieux, une respiration haletante probablement due à l'émotion.

On ne note rien d'anormal à l'appareil respiratoire et à l'appareil circulatoire.

La langue est saburrale. Le ventre est souple, un peu météorisé, mais non douloureux. Pas de taches rosées. Gargouillement dans tout l'abdomen.

Le foie est normal. La rate est perceptible.

Présence d'albumine dans les urines.

La température est de 40°. Mais cette fièvre ne dure pas longtemps, car trois jours après l'entrée, elle tombe à 37° et c'est aux environs de ce chiffre qu'elle se maintient pendant un mois. Le séro-diagnostic est positif à 1 pour 30.

Vingt jours après son entrée, la malade présente des douleurs dans le bas-ventre, douleurs rythmiques, régulières et intenses.

Puis il se produit une hémorragie en caillots d'environ 400 grammes.

Le toucher montre un col entr'ouvert et bientôt après, la malade expulse un placenta.

L'embryon n'a pas été retrouvé. Cet avortement n'a eu aucune influence sur la température.

Le traitement suivi a été la balnéothérapie.

OBSERVATION III

Hôpital de la Croix-Rousse. Service de M. MOURIQUAND

Marié Pouget, 22 ans, entre dans le service pour céphalées et douleurs abdominales.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels, il faut signaler une rougeole à onze ans.

Elle a été réglée à dix-sept ans. Règles régulières.

Elle a actuellement un enfant de onze mois bien portant, qu'elle nourrissait quand l'affection actuelle a débuté et qu'elle a continué à nourrir pendant une dizaine de jours encore.

A son entrée, la malade est prostrée et se plaint de céphalée et de douleurs dans le ventre.

A l'examen, on ne note rien aux appareils circulatoire et respiratoire.

La langue est saburrale. Le ventre est assez souple et présente des gargouillements. Taches rosées assez nettes.

Le foie est normal, mais la rate semble hypertrophiée.

Signe de Lesieur positif. (Voir la thèse de notre ami le docteur Sallès, Lyon 1913).

Le séro-diagnostic a donné une agglutination à 1 pour 50. Avec le lait, on a obtenu une agglutination douteuse à 1 pour 10.

Au moment où elle est tombée malade et pendant les dix jours où elle continua à allaiter son enfant, cette femme nous dit que sa sécrétion lactée n'a été nullement influencée dans sa quantité.

Son enfant est en bonne santé, mais est actuellement confié à d'autres mains.

Traitement suivi : Hydrothérapie.

OBSERVATION IV

Hôpital de la Croix-Rousse. Service de M. le P^r LESIEUR

Annette Charvet, 23 ans, employée, entre à l'hôpital pour courbature fébrile, accompagnée de vomissements, frissons et céphalée.

La malade a été réglée à 16 ans et régulièrement. Mariée, elle a eu deux enfants dont un est mort. L'autre est en bonne santé. Actuellement, elle est enceinte de trois mois.

La malade est prostrée. A l'examen, on constate un ventre un peu ballonné, pas douloureux à la pression, pas de gargouillements dans la fosse iliaque droite.

La rate est difficilement perceptible à la palpation. La percussion révèle une matité de trois travers de doigt en hauteur et d'une main en largeur.

Sur la peau de l'abdomen, nombreuses taches sombres n'ayant pas les caractères des taches rosées.

La malade tousse beaucoup et expectore des crachats muqueux. A l'auscultation des poumons, on note de l'obscurité respiratoire généralisée et quelques ronchées.

Au cœur, souffle systolique semblant organique.

Pouls rapide, régulier, mal frappé.

Pas d'albumine dans les urines.

La température est de 40°. Séro-diagnostic positif à 1 pour 50.

Quinze jours après son entrée à l'hôpital, la malade a des pertes rouges abondantes avec coliques très intenses. Ces dernières s'accroissent et le soir du dix-septième jour, la malade avorte. On a dû lui faire un curage digital.

La culture du liquide prélevé dans la vésicule du fœtus et dans le parenchyme hépatique n'a donné aucun résultat.

L'avortement n'a été suivi d'aucun signe d'inspection, sauf une légère poussée fébrile dans les trois jours qui suivirent, mais ne dépassant pas 38°6.

Traitement suivi : Balnéothérapie.

La malade quitte l'hôpital un mois après, absolument guérie.

OBSERVATION V

Hôpital de la Croix-Rousse. Service de M. le P^r LESIEUR

Henriette Peyronel, 25 ans, domestique, entre à l'hôpital pour violentes céphalées, vomissements épistaxis et douleur vive dans la fosse iliaque droite.

Dans ses antécédents héréditaires et collatéraux, on ne note d'intéressant qu'une fièvre typhoïde chez un de ses frères.

La malade n'a présenté aucune maladie dans son enfance. Elle a été réglée à 15 ans et régulièrement depuis. Elle a un enfant bien portant. Pas de fausses couches. Elle est actuellement enceinte de quatre mois et demi.

La malade est très prostrée, l'appétit est nul, la céphalée intense. La température oscille faiblement autour de 39°5.

Le pouls est dicrote et bat à 120 pulsations par minute.

A l'examen, la langue est rôtie, rouge au milieu, à la pointe et sur les bords.

Pas d'ulcérations pharyngées.

Taches rosées assez nombreuses sur le thorax et l'abdomen.

Ventre un peu ballonné, mais insensible à la palpation.

Rate et foie non hypertrophiés.

Rien aux poumons ni au cœur.

Albumine dans les urines.

Séro-diagnostic positif à 1 pour 30.

Un mois après son entrée à l'hôpital, la malade est prise de douleurs vives au niveau des lombes, douleurs s'irradiant vers l'aîne et faisant penser à un avortement probable. On lui administre un lavement laudanisé et les souffrances sont calmées.

Trois mois environ après le début de l'affection commence la période de convalescence et c'est à ce moment que se produit un accouchement prématuré sur lequel nous n'avons pu avoir aucun renseignement.

Traitement suivi : Hydrothérapie.

OBSERVATION VI

Hôpital de la Croix-Rousse. Service de M. le P^r LESIEUR

Hélène Buttin, 20 ans, repasseuse, entre à l'hôpital pour céphalée, courbature, grande lassitude et fièvre (40°).

Elle n'a pas eu de maladies graves pendant son enfance ; a été réglée à 15 ans et régulièrement depuis. Actuellement, elle est enceinte de sept mois et demi. Pas de fausses couches antérieures. Elle a déjà eu un enfant mort à un mois d'une diphthérie. Cette première grossesse a été mal supportée. Celle actuelle l'est mieux.

A l'examen, on note une prostration assez intense. La température oscille autour de 40°2. Le pouls est rapide, battant à 120 pulsations à la minute. Il est petit à un tel point que l'on prescrit de l'huile camphrée en injections.

A l'abdomen, on constate quelques taches lenticulaires nettes.

Le ventre est dur, ballonné. Pas de gargouillements dans la fosse iliaque droite.

Foie normal. Pas de point vésiculaire douloureux.

La rate n'est pas accessible à la palpation et à la percussion, on ne trouve qu'une matité de deux travers de doigt.

Au cœur, souffle systolique à la pointe sans propagation.

Aux poumons, râles de bronchite disséminés.

Albumine dans les urines.

Séro-diagnostic positif à 1 pour 30.

L'enfant aurait bougé il y a quatre mois et il ne bougerait plus depuis le début de l'affection au dire de la malade.

La palpation est difficile. On ne peut déterminer la position du fœtus. On entend nettement les battements fœtaux un peu en dehors et en bas de l'ombilic à droite.

Le lendemain de son entrée à l'hôpital, l'enfant a de nouveau bougé.

La malade a pris des bains froids pendant tout le cours de sa dothiéntérie.

Deux mois après le début, elle sort du service de la Croix-Rousse complètement guérie et passe à la maternité de M. le professeur agrégé Commandeur.

Deux jours après son entrée, les membranes se rompent, la présentation est en siège décomplété mode de fesses.

L'accouchement se fait très bien. L'enfant est vigoureux, il pèse 2.200 grammes et ne présente aucune tare apparente. Deux jours après sa naissance, son poids tombe à 2.100 grammes, puis se relève les jours suivants jusqu'à 2.150 grammes. Mais, dans les quinze jours qui suivent, la courbe descend de nouveau, tombe à 2.100, puis 1.900, puis 1.650 grammes, et enfin après s'être encore maintenu quelques jours à 1.600, l'enfant meurt le vingt-sixième jour après sa naissance. Pendant tout ce temps, l'enfant n'a été nourri que par l'allaitement artificiel.

Les séro-diagnostic de la mère et de l'enfant ont été faits durant leur séjour à la maternité. L'un et l'autre ont été trouvés positifs.

OBSERVATION VII

Hôpital de la Croix-Rousse. Service de M. MOURIQUAND

Jeanne Rochet, 49 ans, employée, entre à l'hôpital pour lassitude générale, accompagnée de douleurs abdominales, céphalées et épistaxis.

On ne note rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et collatéraux.

Personnellement, elle a eu une rougeole à six ans et n'a ja-

mais été malade depuis. Elle a été réglée à 14 ans et régulièrement. Elle est actuellement enceinte de deux mois.

A l'examen, on note un certain degré de prostration.

La température atteint 40°. Le pouls régulier et petit bat à 110 pulsations par minute.

Quelques taches lenticulaires sur le thorax et l'abdomen.

Le ventre est assez souple, pas ballonné. Pas de gargouillements dans la fosse iliaque droite.

La rate est grosse. Le foie douloureux à la pression déborde les fausses côtes. Point vésiculaire net. Signe de Lesieur positif.

La malade se maintient ainsi avec cette forte élévation de température pendant trois jours et subitement elle est prise d'une douleur extrêmement vive dans l'abdomen, douleur à laquelle fait rapidement suite une forte hémorragie. Après cette perte de sang, la malade se trouve très soulagée. Dans les caillots que l'on a pu recueillir, on reconnaît nettement la présence d'un œuf complet.

La fièvre typhoïde n'en continua pas moins son évolution vers la guérison qui se fit un mois après l'avortement.

Le traitement suivi fut l'hydrothérapie.

OBSERVATION VIII

Hôpital de la Croix-Rousse. Service de M. MOURIQUAND

Anais Aulas, 27 ans, entre dans le service avec le diagnostic de fièvre typhoïde.

Rien de particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires et collatéraux.

Dans ses antécédents personnels on note une forte anémie à 14 ans, ayant duré pendant trois ans. Elle a été réglée à treize ans. Elle est mariée depuis cinq ans. Elle a eu deux enfants bien portants et a actuellement un retard de règles d'un mois.

A l'examen, on note un ventre assez souple, avec quelques taches rosées lenticulaires disséminées.

La rate est grosse. Le foie est douloureux à la pression et paraît également hypertrophié. Point vésiculaire peu net. Signe de Lesieur positif.

Température à 39°5. Pouls, 110 à la minute.

Séro-diagnostic positif à 1 pour 50.

Le soir de son entrée à l'hôpital, la malade éprouve une douleur très vive dans le ventre, et bientôt après apparaît une hémorragie abondante. Au milieu des caillots, on reconnaît un œuf très net.

A la suite de cet avortement, la température qui était de 39°5 avant, monta à 40°5 où elle se maintint un jour. Puis elle redescendit à 39°, où elle resta pendant quatre jours et ensuite tomba à 37°.

La malade qui a subi le traitement par les bains froids, est sortie guérie de l'hôpital.

OBSERVATION IX

Hôpital de la Charité. Maternité de M. COMMANDEUR

Pianazzi Elise, 48 ans, cultivatrice, entre à la Maternité, avec une grossesse de huit mois et présentant de la céphalée intense, quelques phénomènes pulmonaires caractérisés par une toux accompagnée d'expectorations sanguinolentes.

Sa température à l'entrée est de 39°.

Deux jours après son entrée, la malade est prise d'une épistaxis abondante avec douleur abdominale et céphalée. La fièvre atteint toujours 39°. La langue est rôtie.

Quatre jours après, un ictère se déclare, envahissant tout le tégument externe et les conjonctives. Les urines sont abondantes et hautes en couleur. On y décèle un disque léger d'albumine et des pigments biliaires.

Le lendemain se produit un accouchement normal. L'enfant est vigoureux, pesant 2.450 grammes. Il ne présente aucune tare apparente.

Depuis qu'elle est à l'hôpital, la malade a eu une température fébrile à grandes oscillations ne ressemblant nullement à la courbe de la fièvre typhoïde. La température en effet se maintenait deux ou trois jours à 39°, puis descendait brusquement à 37° pour remonter ensuite à 38° et ainsi de même pendant son séjour à la maternité.

La malade présenta ensuite de la diarrhée et des frissons violents.

A l'inspection, on ne note aucune tache lenticulaire. Le foie et la rate ne sont pas hypertrophiés. Pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite.

On fait alors une prise de sang pour le séro-diagnostic. Celui-ci est franchement positif pour le bacille d'Eberth.

L'évolution de cette dothiénenterie à laquelle aucun symptôme ne pouvait faire penser, se fait pendant une vingtaine de jours. Puis la température revient peu à peu à la normale et la malade sort absolument guérie.

OBSERVATION X

Hôpital de la Croix-Rousse. Service de M. le P^r LESIEUR

Marie Chopinard, 28 ans, ménagère, vient à l'hôpital pour des maux de tête, des vomissements et de la diarrhée.

Rien de particulier à signaler dans les antécédents héréditaires et collatéraux.

Dans ses antécédents personnels, on ne note aucune maladie antérieure. Elle a été réglée à 13 ans, régulièrement. Elle est mariée. Pas de fausses couches. A eu cinq enfants dont le dernier âgé de 15 mois, bien portant, était encore au sein de sa mère quand celle-ci tomba malade et continua ainsi à se nourrir encore pendant une huitaine de jours.

A l'examen, on se trouve en présence d'une femme assez prostrée.

La température est de 39°5. Le pouls à 100 est bien frappé sans dicrotisme.

Les seins ne sont ni augmentés ni diminués de volume. Ils ne sont pas douloureux et l'expression en est aisée.

A l'abdomen, on note un gargouillement très net dans la fosse iliaque droite.

Quelques taches rosées très nettes. Ventre souple, non ballonné. Foie et rate non hypertrophiés. Pas de point vésiculaire. Rien au cœur.

Aux poumons, signes de bronchite diffuse, avec de la submatité dans la moitié inférieure du poumon droit.

Séro-diagnostic positif à 1 pour 30.

Avec le lait, on a obtenu une agglutination à 1 pour 10. La malade a été soignée par les bains froids et quitte l'hôpital deux mois après, étant absolument guérie.

OBSERVATION XI

Hôpital de la Croix-Rousse. Service de M. le P^r LESIEUR

Philomène Chatagnon, 24 ans, ménagère, entre à l'hôpital pour maux de tête, lassitude générale et épistaxis.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires et collatéraux.

Personnellement, elle a eu une fluxion de poitrine, une rougeole, une scarlatine et une coqueluche.

Réglée à 13 ans, ses règles étaient régulières. Elle est mariée et est enceinte de quatre mois.

La malade n'est pas prostrée. Sa température est de 38°6. Le pouls est à 140 bien frappé.

L'abdomen est souple. Pas de taches très nettes. Pas de gargouillements dans la fosse iliaque droite où la pression ne fait naître aucune douleur. Le foie et la rate sont normaux. Pas de point vésiculaire.

Appareil circulatoire normal.

Aux poumons, on note un souffle inspiratoire près de la colonne vertébrale. Légère bronchophonie. Pectoriloqui aphone nette. Signe du sou positif. Ponction négative. Séro-diagnostic positif à 1 pour 30.

La malade suit un traitement par les bains froids ; quitte l'hôpital deux mois après, absolument guérie et n'ayant jamais manifesté aucun symptôme d'avortement.

OBSERVATION XII

Hôpital de la Charité. Maternité du docteur COMMANDEUR

Francine Hérard, 26 ans, laveuse, entre à la première infirmerie parce qu'elle est faible et a de la diarrhée.

Son père est mort d'affection pulmonaire aiguë. Sa mère est en bonne santé. Cinq frères bien portants.

Personnellement, elle n'a jamais été malade. Réglée à 16 ans et régulièrement.

La malade a eu deux enfants qu'elle a nourris.

Il y a deux mois, elle a eu un troisième enfant : les suites de couches ont été normales. Elle nourrit cet enfant.

L'affection actuelle a débuté il y a une quinzaine de jours par des douleurs lombaires et de la céphalée. Puis apparurent des selles fréquentes et diarrhéiques.

A l'examen, on est en présence d'une malade prostrée, tousant un peu et avec une légère expectoration.

L'abdomen est météorisé. La palpation profonde de la fosse iliaque droite détermine des gargouillements.

Pas de taches rosées.

La matité splénique est de trois travers de doigt.

Le foie ne dépasse pas le rebord costal.

Rien aux poumons ni au cœur.

Pas d'albuminurie.

Température : 40°5.

Pouls : 90.

Séro-diagnostic positif à 1 pour 50.

Avec le lait, on a une agglutination douteuse à 1 pour 10.

Ce qu'il y a surtout d'intéressant dans cette observation, c'est le fait que la mère atteinte de dothiémentérie nette, a continué à allaiter son enfant pendant toute la durée de l'affection. Or, l'enfant n'en a nullement souffert et a au contraire augmenté de poids pendant le séjour qu'il fit avec sa mère à l'infirmerie.

A son entrée, en effet, il pesait 4.660 grammes et la courbe du poids a été continuellement en augmentant pour atteindre 6.120 grammes le jour de sa sortie de l'hôpital, c'est-à-dire environ deux mois après.

Le séro-diagnostic de l'enfant a été fait et a été trouvé positif à 1 pour 50, par conséquent au même taux que le séro-diagnostic maternel.

OBSERVATION XIII

Hôpital de la Charité. Service de M. COMMANDEUR

Rosalie Fontaine, 24 ans, cultivatrice entre en présentant des signes d'infection.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires, collatéraux et personnels.

Cinq jours avant son entrée à l'hôpital, la malade a, chez elle, accouché à terme d'un enfant vivant. L'accouchement a été très long, ayant duré de 4 heures à 18 heures. La délivrance est venue naturellement, mais la malade a eu une hémorragie assez abondante. Elle a éliminé ensuite un cotylédon et des membranes adhérentes.

A la suite de l'accouchement, la température s'éleva et c'est pourquoi on l'envoya à la première infirmerie.

A son entrée, elle présente de la céphalée sans prostration. Les lochies sont fétides.

L'utérus est gros, mais non douloureux. Le col est béant.

La température est de 40°8, se maintient à cette hauteur et descend à 38°. On lui fait alors une injection d'essence de tétébenthine et deux abcès consécutifs de fixation.

Treize jours après, la température étant tombée à 37°6, la malade présente une forte poussée fébrile. La température monte subitement à 40°8 et en même temps, apparaissent de la céphalée, de la diarrhée jaunâtre et on trouve une grosse rate.

On pense alors à une fièvre typhoïde. On fait une prise de sang pour le séro-diagnostic que l'on trouve négatif.

Pendant cinq jours, la température présente des analogies avec la courbe typhique. On fait de nouveau une prise de sang et cette fois, le séro-diagnostic est positif à 1 pour 50.

La maladie a évolué en un mois vers la guérison.

Dans cette observation, la fièvre puerpérale a été associée à la fièvre typhoïde, car les signes locaux du début au niveau des organes génitaux indiquaient bien une infection puerpérale. Puis quelques jours après, à cette infection est venue s'en greffer une autre, celle-ci d'origine éberthienne.

CONCLUSIONS

I. — La fièvre typhoïde peut exister chez la femme enceinte.

II. — La fièvre typhoïde, quand elle se déclare pendant la grossesse, détermine dans les deux tiers des cas soit l'avortement, soit l'accouchement prématuré.

III. — Le pronostic de la fièvre typhoïde n'est ni aggravé, ni diminué par l'état de grossesse.

IV. — Quand l'enfant naît vivant, il est généralement débile, mais il y a néanmoins quelques cas où il apparaît sans aucune tare.

V. — Le diagnostic est difficile à établir entre la fièvre typhoïde et la fièvre puerpérale, car la plupart du temps, en effet, la dothiéntérie, surtout pendant les suites de couches, se présente sous des formes atypiques.

VI. — La fièvre typhoïde se rencontre assez fréquemment chez les nourrices.

a) Cependant la sécrétion du lait peut persister pendant et même après la maladie.

b) Le lait ne renferme pas en général de bacilles d'Eberth, mais la plupart du temps il contient des substances agglutinantes qui peuvent passer chez le nourrisson.

c) La transmission de la maladie du nourrisson par le lait n'est pas cliniquement démontrée. Cependant une nourrice ne doit pas allaiter.

VII. — Le traitement de choix est la balnéothérapie froide soit pendant la grossesse, soit pendant les suites de couches, soit chez la nourrice.

Le président de la thèse,

Ch. LESIEUR.

Vu : Le Doyen,

Signé : L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,

Lyon, le 13 novembre 1913.

Pour le Recteur et par délégation :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université.

Signé : L. JOSSERAND.

BIBLIOGRAPHIE

- ARLOING. — Les virus, p. 282. *Paris*, 1891.
- BARATTE. — De la fièvre typhoïde dans la grossesse. *Thèse de Paris*, 1882.
- BONNAIRE. — De la fièvre typhoïde dans ses rapports avec la puerpéralité. *Presse médicale*, 17 mars 1894.
- BOURGEOIS. — De l'influence des maladies de la femme pendant la grossesse sur l'enfant. *Mém. Acad. de Méd.*, Paris, 1861.
- BROUSSE. — Grossesse et fièvre typhoïde. *Gaz. hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, 1885.
- BUCQUOY. — De la fièvre typhoïde dans le cours de la grossesse. *Paris médical*, 1882.
- CARRET. — Diagnostic de la fièvre typhoïde à son début et de son influence sur la grossesse. *Paris*, 1867.
- CHAMBRELENT. — Recherches sur le passage des éléments figurés à travers le placenta. *Thèse de Bordeaux*, 1882.
- CHAMBRELENT. — Séro-réaction chez le fœtus. *Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux*, novembre 1896.
- CHAMBRELENT. — De la fièvre typhoïde pendant la grossesse ; son influence sur le fœtus. *Journ. de Méd. Bordeaux*, 1897.
- CHANTEMESSE et WIDAL. — Société anatomique, octobre 1886. *Archives de Physiologie*, 1887. *Société médicale des Hôpitaux*, 1887. *Semaine médicale*, 1889.
- CHARRIER et APERT. — Absence de la réaction agglutinante chez le fœtus. *Société de Biologie*, 7 nov. 1896.
- CHEVELU. — Fièvre typhoïde et grossesse. *Thèse de Paris*, 1874.
- CORBIN. — Influence de la fièvre typhoïde de la mère sur le fœtus. *Thèse de Paris*, 1890.
- COMMANDEUR et RHENTER. — Deux cas de fièvre typhoïde à début soudain. *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, octobre 1910.
- P. COURMONT et CADE. — Transmission de la substance agglutinante du bacille d'Eberth par l'allaitement. *Soc. méd. Hôp.* déc. 1899.

- J. COURMONT et LESIEUR. — Diagnostic précoce de la fièvre typhoïde. *Soc. méd. des Hôpit.*, décembre 1902.
- COUTURE. — *Thèse Paris*, 1897.
- DORÉ. — De l'influence de la température sur la vie des fœtus. *Arch. de Tocol.*, 1884.
- DUGUYOT. — Grossesse et fièvre typhoïde. *Thèse Paris*, 1879.
- DUHAUT. — De la fièvre typhoïde pendant la grossesse et de son traitement par les bains froids. *Thèse de Lyon*, 1893.
- EBERTH. — Geht der typhus bacillus auf den fœtus über ? *Centralblatt f. Bacter.*, 1889.
- ESCLAVISSAT. — Grossesse et fièvre typhoïde. *Toulouse*, 1911.
- ETIENNE. — Absence de la réaction agglutinante par le sang d'un fœtus issu d'une mère morte de fièvre typhoïde hyper-toxique. *Presse médicale Paris*, 1896.
- FABRE et EPARVIER. — Infection puerpérale et fièvre typhoïde. *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, 1912.
- FINGER. — Ueber den abdominaltyphus in der Schwangeschaft. *Halle*, 1886.
- FIEDLER. — *Arch. der Heilkunde*, 1862.
- FREUND et LÉVY. — Uber intra uterine infection mit typhus abdominalis, *Berliner Klinische Wochenschrift*, 24 juin 1895.
- GARIMAND. — Fièvre typhoïde et grossesse. *Thèse de Montpellier*, 1868.
- GIGLIO. — *Centralblatt für gynecologie*, 1890.
- GRIESINGER. — Traité des maladies infectieuses, 1857.
- GRISOLLE. — Pathologie interne, 1857.
- GUSSEROW. — *Berliner klinische Wochenschrift*, 1880.
- HIRST. — Typhoid fever in a preynant woman. *Méd. News. Philadelphie*, 1887.
- KAMINSKI. — Typhus abdominalis in Wochenbette. *Deutsche Klinisch*, 1866.
- KANTER (M^{me}). — Fièvre typhoïde et grossesse. *Thèse de Montpellier*, 1902.
- LACOUR. — Grossesse et fièvre typhoïde. *Lyon médical*, 1889.
- LANDOUZY et GRIFFON. — Transmission par l'allaitement du pouvoir agglutinant typhique de la mère à l'enfant. *Société de Biol. Paris*, 1897.

- LIEBERMEISTER. — Fièvre typhoïde et grossesse. *Union médicale*, 1883.
- MARTINET. — Fièvre typhoïde et grossesse. *Union médicale*, Paris, 1893.
- MICHEL. — Fièvre typhoïde et état puerpéral. *Union médicale Paris*, 1893.
- MOSSÉ et DAUNIC. — Séro-réaction du placenta et de l'enfant d'une femme atteinte de fièvre typhoïde pendant la gestation. *Bull. et Mém. Soc. méd. des Hôp. Paris*, 1897.
- MOSSÉ et FRENKEL. — Transmission du pouvoir agglutinant typhoïdique à travers le placenta. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1899.
- PENOT. — Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde pendant la grossesse. *Thèse de Paris*, 1899.
- PLANCHU et GALLAVARDIN. — Deux cas de fièvre typhoïde de la mère sans séro-réaction chez le fœtus. *Lyon méd.*, 1898.
- ROUSSEAU. — Relations de la fièvre typhoïde avec la grossesse. *Thèse de Paris*, 1882.
- RUNGE MAX. — Arch. f. gynecologie, 1877.
- SACQUIN. — De l'influence réciproque de la fièvre typhoïde et de la grossesse. *Thèse de Nancy*, 1885.
- SAVIDAN. — Contrib. à l'étude de l'influence réciproque de la fièvre typhoïde sur la grossesse. *Thèse Paris*, 1883.
- TRIPPIER et BOUVERET. — La fièvre typhoïde traitée par les bains froids. *Paris*, 1886.
- TROUILLEUX. — Fièvre typhoïde et allaitement. *Thèse de Lyon*, 1908.
- VINAY. — La fièvre typhoïde chez la femme enceinte et chez l'accouchée. *Lyon médical*, 1893.
- VORON et GRAVIER. — Fièvre typhoïde pendant les suites de couches. *Bull. de la Soc. d'obst. et gynécol. Paris*, 1912.
- VINCENT. — Bains froids dans la fièvre typhoïde pendant la grossesse. *Gaz. des Hôpitaux*, 1887.
- WEISS. — Fièvre typhoïde et grossesse. *Algern. méd. Zeitung*, 1862.
- WIDAL. — Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. *Soc. médicale des Hôp.*, 26 juin 1896.
- ZUELZER. — Typhus recurrens bei Schwangeren. *Monat f. gib.*, 1868.

TABLE DES MATIÈRES

Historique	9
Fréquence	13
Influence de la fièvre typhoïde sur la grossesse.....	15
Pathogénie de l'interruption de la grossesse.....	18
Influence de la fièvre typhoïde sur l'avenir de l'enfant....	26
Influence de la grossesse sur la fièvre typhoïde.....	27
Influence de la fièvre typhoïde sur la lactation.....	30
Diagnostic	39
Pronostic	51
Traitement	53
Observations	59
Conclusions	71
Bibliographie	73
